Ministerul Sănătăţii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie Medicală

A. Nacu, Gh. Cărăuşu

ÎNDRUMAR METODIC

la seminariile aplicative la Psihologia medicală pentru studenţii facultăţii Medicină generală

CHIŞINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2006

CZU 616:159.9(076.5)
N 14



Aprobat de Consiliul [illegible] al USMF
Nicolae Testemiţanu din 17.02.2006, procesul-verbal nr. 2

Autori: *Al. Nacu,* doctor habilitat în medicină, conferenţiar universitar, şef de catedră
Gh. Cărăuşu, doctor în medicină, conferenţiar universitar, şef didactic

Recenzenţi:
Al. Nacu, profesor universitar al Catedrei Psihiatrie şi Narcologie FPM USMF *Nicolae Testemiţanu*, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, academician
C. Palihovici, conferenţiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie Medicală a USMF *Nicolae Testemiţanu*, doctor în medicină

Descrierea a CIP a Camerei Naţionale a Cărţii
Nacu, A.
Îndrumar metodic la seminariile aplicative la Psihologia medicală pentru studenţii facultăţii Medicină generală / A.Nacu, Gh.Cărăuşu; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu.* Catedra Psihiatrie, Narcologie şi Psihologie Medicală. –Ch.:CEP *Medicina*, 2006.–63 p.
ISBN 978-9975-907-69-9
100 ex.
- -1. Psihologie medicală.
616:159.9 (076.5)

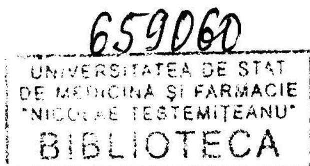
Redactor: *Lidia Câssa*
Machetare computerizată: *Tatiana Drăgan*

ISBN 978-9975-907-69-9

INTRODUCERE

Actualmente psihologia medicală, prin obiectivele şi modalităţile sale de cercetare, oferă posibilitatea unei mai bune precizări şi aprecieri ale tulburărilor psihice din evoluţia unui proces de îmbolnăvire, fapt atât de necesar diferenţierii actului terapeutic şi a modalităţilor de asistenţă medicală proiectată competent, ambianţă şi factorii, ce întreţin riscurile îmbolnăvirii.

Programul cursului de psihologie medicală este alcătuit în corespundere cu planul de învăţământ al Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie "N. Testemiţanu" din Republica Moldova. Potrivit acestui plan, cursul de psihologie medicală este predat la facultatea Medicină generală în următorul volum: 36 ore, dintre care 10 ore sunt repartizate pentru cursuri şi 26 ore pentru lucrări practice, la care se va acorda o atenţie deosebită examenului clinic al pacienţilor şi însuşirii metodicilor de examinare psihologică. Îndrumarul metodic este destinat studenţilor.



TEMA: PSIHOLOGIA MEDICALĂ – SCOPUL, OBIECTIVELE, ISTORIA. PSIHOLOGIA MEDICALĂ A VÂRSTELOR

Scopul seminarului:

Însuşirea scopului, atribuţiilor esenţiale, obiectului de studiu şi obiectivelor, istoriei acestei discipline, relaţiilor actuale şi de perspectivă, psihologia persoanei, dezvoltarea ei ontogenetică.

Obiectivele operaţionale:

a) istoria dezvoltării, obiectivele de bază, relaţiile actuale şi de perspectivă ale psihologiei medicale;

b) relaţiile psihologiei medicale cu alte discipline;

c) psihologia persoanei, componentele structurale ale personalităţii;

d) dezvoltarea ontogenetică a personalităţii, dinamica personalităţii, concepţiile privind tipologiile personalităţii;

e) psihologia medicală a vârstelor.

Deprinderi practice:

Evaluarea componentelor structurale ale personalităţii, prezentarea bolnavilor şi discuţia asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Isensee (1845)
Herman Lotze (1852)
Schilder (1924)
Ernst Kretschmer
Balint
Stoller
Rodjer
Luria

Psihologia medicală deţine două atribuţii esenţiale:

1) participă la formularea diagnosticului;

2) participă, prin metode proprii, la actul psihoterapeutic.

Obiectul de studiu:

- Psihologia bolnavului.

Obiectivele:

- psihicul uman;
- relațiile individului cu ambianța, familia și personalul medico-sanitar
- reacțiile subiectului în fața diferitelor situații sau per soane;
- relația medic - pacient;
- problematica organizării psihologice a instituțiilor sanitare;
- problema sănătății mentale;
- adaptarea individului în școală, profesie, familie;
- aspecte speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenței și a senescenței;
- reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și / sau psihică.

Psihologia medicală a vârstelor

Stadiile:

- *stadiul oral*– 0–1,5 ani;
- *stadiul anal*– 1,5–3 ani;
- *stadiul genitali tații infantile* –3–7 ani;
- *stadiul de latență a sexualității infantile*– 8–11 ani;
- *stadiul pubertății și adolescenței*– 12–19 ani;
- *stadiul tinereții adulte*– 20–34 ani;
- *stadiul vârstei adulte*– 34–44 ani;
- *stadiul vârstei maturității*– de la 45 ani.

Primul stadiu este cel **oral:** percepțiile și activitățile sunt centrate pe gură (a mânca, a mușca, a striga). Prima reușită socială a individului este acceptarea îndepărtării temporare a mamei pentru că a dobândit încredere. Cronologic acest stadiu corespunde vârstei de 0–1,5 ani.

Sarcina majoră a fazei este realizarea echilibrului homeostatic cu mediul. Copiii conștientizează tulbure îngrijitorul, dar treptat

începe scanarea comparativă, compararea a ceea ce este şi ceea ce nu este mama. Se notează anxietate faţă de străini, care implică curiozitate şi frică (frecvenţă maximă în jur de 8 luni). Încrederea socială este demonstrată prin uşurinţa alimentării, profunzimea somnului, relaxarea intestinală. Copilul este dependent de constanţa experienţelor oferite de îngrijitor. Apariţia dentiţiei şi a posibilităţii de a muşca în lunile 7–12 face copilul să treacă de la „a primi la a lua". Înţărcarea conduce la „nostalgia după paradisul pierdut". Este impresionantă reciprocitatea şi complementarismul perechii mamă - copil, îngrijitorii mânioşi, narcisici, frustraţi, produc adesea copii mânioşi, solicitanţi. La sugar corpul este sesizat tot atât de străin ca şi celelalte obiecte. Timp de mai multe luni o bună parte din el nu este recunoscut ca fiind „propriu" (o mână poate fi dusă la cealaltă sau la gură, ca şi un oricare alt obiect). Nevoia de activitate bucală trebuie să fie satisfăcută. Cei care nu au fost obligaţi la un exerciţiu suficient al gurii, se observă o tendinţă de supt şi de a muşca. La frustraţia de activitate orală se dezvolta tendinţa de a suge degetul, ulterior înclinaţia către fumat, către mestecatul gumei, către cântat dintr-un instrument de suflat sau din gură, poate către pălăvrăgit sau oratorie (Abraham). Dobândirea unităţii Eu-lui se face treptat, sub presiunea unitară a familiei, societăţii prin privilegii, responsabilităţi, sub influenţa limbajului, activităţii şi identificării.

Urmează **stadiul anal:** individul îşi stăpâneşte sfincterele, muşchii, mişcările; este un stadiu de autonomie. Corespunde vârstei de 1,5–3 ani. Începutul fazei este marcat de locomoţia verticală – copilul are o nouă perspectivă, precum şi o dispoziţie de încântare (elation). Mama este folosită ca „bază de refugiu". Anxietatea caracteristică este cea de separare. Copilul este mai conştient de separarea fizică, ceea ce îi diminuează dispoziţia de încântare. Copilul încearcă să astupe golul dintre el şi mamă, ceea ce se observă concret în aducerea de obiecte mamei. Eforturile mamei de a ajuta copilul nu sunt percepute întotdeauna ca ajutor, sunt tipice „crizele" zgomotoase ale copilului. Maturizarea musculară

pregăteşte scena pentru „ a te ţine". Copilul, imitându-şi părinţii, îşi atribuie caracteristici ale adulţilor, ceea ce-l „împinge" spre maturizare; el ajunge să vadă prin „ochii părinţilor". O mare importanţă o are, de aceea, modul în care copilul este apreciat de către adulţi şi părinţi, mod care nu are voie să fie caricatural.

Caracteristicile psihologice fundamentale ale gândirii copilului (Jean Piaget):

1) realismul (confuzia dintre fizic şi psihic, dintre lumea interioară *şi* cea exterioară);

2) animismul (credinţa că obiectele neînsufleţite sunt vii (au simţire şi intenţii);

3) artificialul (orice lucru este făcut de cineva, inclusiv copiii s-ar putea face din „carne de măcelărie")

4) justiţie iminentă (credinţa că pedeapsa pentru fapte rele este inevitabilă). Copilul este mai capabil să facă faţă absenţei mamei şi să relaţioneze cu substitute materne. Copilul poate să înceapă să se simtă confortabil în absenţa mamei, pentru că ştie că mama se va întoarce.

Urmează **stadiul genitalităţii infantile.** Se dobândeşte iniţiativă prin alegerea scopurilor şi perseverenţă. Corespunde vârstei de 3–7 ani. Dezvoltarea omului în aceşti ani este caracterizată prin deplasarea atenţiei de la percepţia corporală spre dobândirea prestigiului şi a puterii. Copilul doreşte să fie aplaudat. El urmăreşte posesiunea sau proprietatea asupra obiectelor. Descoperind că tatăl poate fi un obstacol în calea dragostei sale pentru mamă, oscilând între dragoste şi ură pentru acest obstacol, cu sentimentul consecutiv de teamă de pedeapsă se dezvoltă la băiat, după Freud, un *„complex Oedip"* de esenţă libidinală. (La fetiţe s-ar dezvolta, corespunzător *„complexul Electrei").* Deci, copilul doreşte să se căsătorească cu părintele de sex opus şi, în acelaşi timp, să se descotorocească de părintele de acelaşi sex. Vinovăţia poate să apară în legătură cu scopurile scontate. Este prezentă dorinţa de a imita lumea adultă, cât şi rivalitatea între fraţi.

Al **patrulea stadiu** este cel de **latență a sexualității infantile,** caracterizat prin industrie (competență, pricepere, îndemânare); o adaptare la lumea instrumentelor, care permite să depășească sentimentul de inferioritate. Copilul este preocupat să construiască, să creeze, să înfăptuiască. Primește instruire sistematică, precum și fundamentele tehnologiei, începe să înțeleagă relațiile și clasificările parte / întreg. Copilul este capabil să asume punctul de vedere al altcuiva. Poate conserva numărul, lungimea, greutatea și volumul. Copiii sunt capabili de mai multă învățare, funcționare independentă și socializare, dezvoltarea prieteniilor. Pulsiunile sexuale sunt canalizate spre scopuri mai acceptabile social (școala și sporturile). Se formează superegoul – una din cele trei structuri ale minții, răspunzătoare de dezvoltarea etică și morală, incluzând conștiința. Corespunde vârstei de 8–11 ani.

Al **cincilea stadiu** corespunde pubertății și adolescenței **(faza genitală),** perioadă în care individul ia cunoștință de iden-titatea sa personală . Corespunde vârstei de la 11–12–19 ani. Se dezvoltă identitatea de grup (cei de aceeași vârstă). Ei sunt capabili să cugete despre gândurile cuiva, să folosească două sisteme de referință și să înțeleagă conceptul de probabilitate. Această perioadă se caracteristizează prin rapiditatea transformărilor, pe prim plan stând maturitatea sexuală. Acest proces este activ, dinamic, adesea marcat de stări conflictuale, de tensiune etc. Este un adevărat moment de criză, de răscruce în viața individului, în care comportamentul poate fi perturbat. *Erickson* vorbește de o “criză de identitate”, ce poate să apară în unele cazuri. Practica demonstrează o relativă frecvență a unor conduite aberante, chiar antisociale ca: vagabondajul, impulsuri spre cleptomanie, tentative de suicid, dar și al reacțiilor isterice, hipocondriei, sindroamelor anxioase și fobice, hiperkineziilor și somnambulismului, ideilor dismorfofobice (și dismorfomanie!) cu anorexie mentală. Părinții sunt un “model” pentru copii și în virtutea inițiativei sau a sugestiei de “prestigiu” ei urmează sau nu exemplul. La pubertate revine pe primul plan sesizarea și conștiința propriului corp. Adolescentul își pune

probleme privind statutul său social, şi, în primul rând, relaţiile cu sexul opus. Adolescentul îşi caută un nou „eu" şi anumite „defecte" de comportament pot fi înţelese prin dorinţa de a se impune, de a părea că prezintă „ceva". Procesul este mai simplu atunci când adolescentul are la îndemână un obiect clar şi valoros de identificare. „Acceptabilitatea socială" depinde şi de aparenţa fizică, mai însemnat pentru fete. Înfrumuseţarea Eu-lui este realizată, în mare măsură, cu ajutorul îmbrăcămintei. Se întăresc interesele sociale şi profesionale, se îmbogăţeşte viaţa afectivă, apare dorinţa de libertate şi de independenţă. Se diversifică inteligenţa, se precizează aptitudinile particulare. Adolescenţa este o perioadă „romantică", dar şi dramatică a vieţii, critică, contradictorie.

Al **şaselea stadiu** este stadiul **tinereţii adulte;** individul intră în raporturi intime cu altul (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un maestru, unire sexuală). Capacitatea de intimitate este caracteristică acestui stadiu (dacă nu este realizat, întâlnim sentimentul singurătăţii). Corespunde vârstei de 20–34 ani.

Stadiul următor este **vârsta adultă;** vârsta productivităţii, a creativităţii, a generativităţii (individul devine tată, cu răspunderi pentru altul), (în caz contrar găsim manifestări de stagnare). Corespunde vârstei de 34–44 ani.

Ultimul stadiu este **vârsta maturităţii** – caracterizată prin integrarea Eu-lui (dacă acest stadiu nu este atins, apare disperarea). Începând cu vârsta de 48 ani au loc „achiziţii negative": pierderi economice şi corporale irecuperabile; pierderi de părinţi şi de prieteni; câteodată schimbări de profesie şi de domiciliu. Individul devine mai introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur, sau preferă divertismente, viaţa rurală. Caracterul critic al climacteriului este mai accentuat la sexul feminin, unde modificările pe plan fiziologic sunt mai rapide şi asincrone. Dar libidoul poate fi crescut la începutul menopauzei; în orice caz, interesul şi activitatea sexuală depăşesc cu mult, în timp, încetarea perioadei de fertilitate. Tulburările subiective la femei se prezintă prin tulburări de somn, labilitate emoţională, irascibilitate, reacţii anxioase,

hipocondriace, isterice, fobice, obsesionale. Menopauza este un moment favorabil al declanşării psihozelor maniacale (adesea cu conţinut erotic), dar mai ales, a celor depresive, precum şi a diferitelor forme de deliruri cronice. Alături de semne de defiminizare, se ivesc cele de masculinizare. Sunt frecvente tulburările de caracter (negativism, revendicări). *Menopauza* este mai puţin dramatică la femeile de la ţară, la cele echilibrate psihic; pentru femeile la care viaţa erotică n-a însemnat „axul" existenţei lor; mai accentuată la femeile singure (celibatare, văduve, divorţate, abandonate, fără copii) şi neasigurate din punct de vedere material. Adesea se alterează sau se agravează relaţiile conjugale. Criza familială poate fi atenuată sau agravată prin relaţiile cu copiii şi celelalte rude. Prietenia, dragostea pentru animale, profesiunea şi devotamentul social, constituie adesea modalităţi pentru carenţa afectivă. *Andropauza* se derulează cu sentimentul pierderii energiei, iniţiativei, interesului pentru muncă, se pot nota faze melancolice (cu gânduri de sinucidere) şi faze paranoide, tendinţe rarisime homosexuale şi incestuoase, înclinaţia spre masturbaţie, sentimente de invidie şi gelozie pentru proprii copii–oricum o deplasare a dominantei.

Metode de evaluare

1. . Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecţiei practice.
2. Control curent – evaluarea personalităţii umane, psihicului uman, relaţiilor bolnavului cu ambianţa, familia şi personalul medico-sanitar şi reacţiile subiectului în faţa diferitelor situaţii sau persoane.
3. Control final – însuşirea adaptării individului în şcoală, profesie, familie, aspecte speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenţei senescenţei şi reacţia psihică a bolnavului faţă de agresiunea somatică şi / sau psihică.

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. Bucureşti, 1983.
5. S. Freud. Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihopatologia vieţii cotidiene. Edit. Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1980.
6. G. Ionescu. Introducere în psihologia medicală. Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
7. Jean Piaget. Psihologia inteligenţei. Edit. Ştiinţifică, Bucureşti, 1965.

TEMA: SĂNĂTATEA, ESENŢA SĂNĂTĂŢII MENTALE. BOALA ŞI REACŢIA PSIHOLOGICĂ. PROBLEME PSIHOLOGICE ALE BOLNAVILOR CU DIFERITE AFECŢIUNI. MEDICINA PSIHOSOMATICĂ

Scopul seminarului: însuşirea conceptului de sănătate şi normalitate, criteriile sănătăţii mentale, rolul factorilor psihologici în cadrul bolii, reacţiile psihologice legate de boală şi comportamentul în boală, aspecte psihologice ale bolnavilor cu diferite afecţiuni

Obiectivele operaţionale:

a) Conceptul de sănătate şi normalitate.

b) Rolul factorilor psihologici în cadrul bolii, reacţia psihologică legată de boală, comportamentul în boală.

c) Criteriile sănătăţii mentale, problema modelului de boală, im-portanţa conflictului psihologic în declanşarea maladiilor.

d) Aspecte psihologice ale bolnavului cu diferite afecţiuni

e) Medicina psihosomatică, bolile psihosomatice esenţiale

Deprinderi practice:

Evaluarea conceptului de sănătate şi normalitate, prezentarea bolnavilor şi discuţie asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Starea de sănătate implică următoarele:

1) o conexiune dintre diferitele tendinţe, funcţii şi trăsături, care stau la baza psihicului;

2) o conexiune dintre psihic şi somatic;

3) o conexiune dintre personalitate şi societate.

Persoana sănătoasă sufleteşte presupune cel puţin două trăsături:

1. Sentimentul stării de bine, linişte şi pace interioară, condiţia omului sănătos presupunând în primul rând o stabilitate emoţională.

2. Relaţii normale cu semenii şi societatea. Aceasta presupune, în primul rând, o justă conştiinţă a valorii sale.

Starea de sănătate este aceea, care permite libera desfăşurare a evoluţiei; stagnarea (care nu e tot una cu repaosul) este ea însăşi

o stare morbidă. O adaptare reuşită nu este aceea, care asigură supravieţuirea sau buna funcţionare a organelor, ci aceea, care nu stânjeneşte evoluţia, desfăşurarea persoanei. Omul normal e un „om de înţeles", cu care convieţuirea nu e numai cu putinţă, ci chiar plăcută. Omul este cu atât mai sănătos, cu cât îşi simte mai puţin funcţionând organismul. La aceşti subiecţi se observă acord între idei, între gând şi faptă.

Esenţa sănătăţii mentale

În mod ideal, oamenii sănătoşi au:

- capacitatea de a iubi şi de a fi iubiţi;
- puterea de a accepta schimbarea şi nesiguranţa fără teamă;
- un dar de a risca deliberat, de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile;
- rezerve de bucurii de viaţă spontană şi o sferă largă de răspunsuri emoţionale;
- contact eficient cu realitatea;
- o imaginaţie bogată;
- un grad de autocunoaştere;
- puterea de a spune „am greşit" şi de a învăţa din experienţă;
- un sentiment satisfăcător de siguranţă şi de aparenţă în cadrul societăţii;
- capacitatea de a satisface cererile grupului;
- libertatea propriei exprimări aşa cum o doreşte;
- capacitatea de a împlini dorinţele trupeşti ale sale şi ale altora;
- un simţ al umorului.

Boala nu este ceva despărţit de organism, ci o modalitate reacţională a organismului, în raport cu acţiunea unui agent. Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală. Boala, care apare în sectorul psihic, are răsunet visceral, iar boala aparent „strict somatică" are implicaţii psihice. Omul „răspunde" în totalitate. *„Nu există boli, ci bolnavi"*, *„nu există boli în afara bolnavului"*. Este greşit obiceiul

unor medici de a căuta să înăbuşe anxietatea întemeiată a bolnavului printr-o comportare aspră (data 13, etc.).

Stresorii vieții, care pot să preceadă o tulburare psihosomatică:

1. Decesul soțului / soției.
2. Divorțul.
3. Decesul unui membru apropiat al familiei.
4. Separarea maritală.
5. Rănirea sau boala personală severă.
6. Pierderea serviciului.
7. Condamnarea la detenție.
8. Decesul unui prieten apropiat.
9. Sarcina.
10. Reajustarea la afaceri.

Principalele puncte din istoria individuală, care ar trebui să fie explorate sunt:

- constituție ereditară;
- traumatisme obstetricale,
- boli ale copilăriei;
- accidente fizice sau traumatice din copilărie;
- accidente afective din copilărie;
- climat afectiv familial;
- trăsături specifice ale părinților şi ale anturajului;
- traumatisme fizice ulterioare;
- relaţii interpersonale şi profesionale ulterioare.

Medicina psihosomatică

Mens agitat molem (mintea pune în mişcare corpul), Vergilius.

Savanţii care au contribuit la dezvoltarea medicinei psihosomatice:

Flanders Dunbar
Franz Alexander
S. Wolff
Stanley Cobb
P. Marty

Medicina psihosomatică se ocupă cu relația dintre factorii psihologici şi cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală. Ea este o continuare a psihanalizei şi îşi propune să introducă în medicină omul ca persoană.

Medicina psihosomatică a studiat mai întâi răsunetul patologic al stărilor afective. S-a admis că alegerea organului sau a funcției depinde de emoția în cauză; asfel, agresiunea şi mânia, reprimate, provoacă o stare de excitație a sistemului muscular şi circulator şi o hiperfuncție a glandelor tiroidă şi suprarenală (normal implicate în accesele de mânie); de aici, apariția unor contracții musculare mai mult sau mai puțin dureroase, palpitații cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situația nu prin atac, ci printr-o reacție de chemare în ajutor, organele, care devin cele mai sensibile sunt acelea, ce concură la funcțiile de achiziție, de întreținere şi de transmitere a vieții, prin urmare organele digestive, respiratorii şi sexuale. Avem atunci spasme şi dureri digestive, reacții disproporționate de foame, ulcerații digestive, oboseală, crize de astm, impotență şi frigiditate.

Orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice, care rezultă într-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de şoc, care este vulnerabil la stres: unii pacienți sunt reactori cardiaci, alții–reactori gastrici sau reactori tegumentari. Persoanele anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli psihosomatice.

Aceste manifestări apar întotdeauna „la distanță", după o anumită perioadă (de „prelucrare" sau de „elaborare") de la evenimentul psihotraumatizant. Creşterea ratei bolilor psihosomatice este determinată de migrare şi de aglomerare – „viața urbană". Zona de maximă incidență este situată între 45 şi 59 de ani. Repartiția pe sexe ilustrează o prevalență a bărbaților în privința bolilor coronariene, ulcerului duodenal şi astmului şi a femeilor pentru boala hipertensivă.

Pentru o *personalitate psihosomatică* se profilează o anumită sărăcie afectivă şi social-relaţională; o oarecare rigiditate caracterială şi dificultate de adaptare la condiţii noi, cu o adaptare socială superficială; o redusă activitate imaginară diurnă şi nocturnă, asociată cu o gândire practică, strict utilitară, căutarea unei independenţe prin activitate, o foarte mare sensibilitate la traume afective, fragilitate, imaturitate afectivă mai mult sau mai puţin marcată. La ei psihismul pare insuficient de „înarmat" pentru a „distanţa" anumite conflicte şi pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieţii de relaţie, conflictele atunci se „descarcă" în aparatul viscerovegetativ. Rezistenţa pacienţilor psihosomatici faţă de psihoterapie este puternică şi se manifestă de la tăceri prelungite până la ostilitate evidentă faţă de terapeut.

Simptome psihosomatice elementare – spasm, vertij, o stare acută de greaţă.

F. Alexander şi şcoala din Chicago au izolat 7 **boli psihosomatice principale**: *ulcerul duodenal, astmul bronşic, artrita reumatoidă, colita ulceroasă, hipertensiunea arterială, neurodermita şi tireotoxicoza.*

Hipertensiunea arterială (160/ 95 mmHg)

La aceşti pacienţi se observă un colorit depresiv şi chiar tendinţe de sinucidere. Anxietatea poate domina uneori psihologia bolnavului şi pe acest fond pot să apară idei obsedante sau fobii, mai ales frica de moarte, de accidente vasculare. Aceşti pacienţi hipertensivi prezintă o structură de personalitate compulsivă al nevoii lor de autoritate şi asupra ardoarei la lucru. Personalitatea unora dintre ei este calmă în exterior, iar în interior este ostilă. Pacientul este mereu în insecuritate, se simte ameninţat, dar nu declanşează agresivitatea. Creşte nevrotiform, cu tendinţe de perfecţionism. Fiind anxioşi, ei evită atât conflictul agresiv, uneori şi tratamentul. Ei nu sunt capabili să-şi exprime liber agresivitatea. Întâlnim aici o ambiţie reţinută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordaţi, temători şi posedaţi de o mânie reprimată. Această furie inhibată le provoacă un sentiment de vinovăţie în legătură cu impulsurile ostile.

„Fiinţe neliniştite, agitate de afaceri, de politică, de finanţe", „mereu sub presiunea timpului". Ei îşi stăpânesc nervii vieţii lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominaţii prin reacţii cardiace şi vasomotorii intense şi printr-o uzură organică rapidă.

Astmul bronşic

Personalitatea astmaticului se poate caracteriza prin iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependenţă maternă. În acest context criza poate fi considerată drept un protest simbolic contrar separării de mamă şi dorinţa restabilirii acestor relaţii prin ţipăt (înnăbuşit), frica de a nu pierde dragostea mamei.

Este bine cunoscut faptul că furia, frica, pierderea sau gelozia pot precede crizele. Această declanşare psihogenă a crizelor se întâlneşte „la 50% dintre pacienţii astmatici, indiferent de vârstă". Copiii astmatici, care făceau crize acasă nu le mai reeditau când se aflau în altă casă sau la şcoală. Acţiunea benefică a *„parentectomiei"* se exercită numai acolo unde relaţiile copilului cu ceilalţi membri ai familiei sunt tensionate. Mulţi pacienţi se caracterizează printr-o slabă adaptare şi prin dificultăţi de relaţionare datorită introversiei, egocentrismului, timidităţii şi sensibilităţii excesive. Alţii prezintă în prim plan suspiciune şi ostilitate, culpabilitate. Băieţii prezintă un comportament ilustrat printr-un slab control al impul-surilor, labilitate afectivă, iritabilitate, explozivitate, în timp ce fetele astmatice trăiesc lungi perioade distimice.

Mama astmaticului este dominantă, iar tatăl – şters, auxiliar, nonautoritar, incapabil să corecteze dezechilibrul dintre mamă şi copil.

La aceşti pacienţi se mai notează:

– teama faţă de apă şi înec (anxietatea faţă de eventualitatea înecului în propriile-i fluide, secretate în timpul crizei astmatice);

– o acreditare negativ-anxiogenă a somnului (40% din crize se produc în timpul somnului şi-l trezesc).

Ulcerul duodenal

Ulceroşii sunt nişte personalităţi hiperexcitante, care nu se ataşează uşor afectiv, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacţii puternice de mânie şi nemulţumire, intoleranţă, alarme hipocondriace cu caracter cancerofob.

Aceşti pacienţi prezintă un conflict inconştient. În acest sens, dorinţa de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viaţa adultă prin dorinţa de a fi iubit, îngrijit, sprijinit. Este vorba de o fixaţie a pacientului asupra unor situaţii de dependenţă caracteristice fazelor iniţiale ale dezvoltării psihice. Această dorinţă de dependenţă a pacientului, specifică primilor ani ai copilăriei intră în conflict cu Ego-ul adult, ale cărui caracteristici sunt independenţa şi autoafirmarea. Evident, Ego-ul adult le reprimă.

Persoana apare deseori activă, ambiţioasă, care ignoră odihna şi relaxarea, exprimându-şi dispreţul pentru cei slabi şi obligându-i pe ceilalţi la supunere. În spatele acestei faţade însă sporeşte dorinţa secretă de a depinde de alţii, de a accepta de la ei grija şi afecţiunea. Când aceasta nu este realizată, apare o regresie psihologică la forma originară de dependenţă (hrănirea) asociată cu hipersecreţia.

Colita ulceroasă

Unii bolnavi sunt imaturi emoţional, ataşaţi mai ales de mamă, fiind persoane dificile, conflictuale (divorţaţi sau necăsătoriţi), unde mama caută să-şi menţină controlul asupra copilului şi după ce acesta a devenit adult. Taţii sunt descrişi de pacienţi buni, blânzi, pasivi şi ineficienţi, incapabili de a proteja copilul faţă de spiritul agresiv şi dominitor al mamei. Trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic sunt ilustrate prin tendinţa de ordine, punctualitate, conştiinciozitate, curăţenie, meticulozitate, atitudini rigide faţă de moralitate, tendinţă spre standarde de comportament elevate, griji, obsesii, timiditate, atitudine intelectualizată şi lipsa de umor, predispoziţie da a căuta performanţe în sfera intelectuală (literatură artistică ştiinţifică), control sever al manifestărilor afective, ten-

dință da a rămâne singuratici, mândri. Sub fațada de ambiție, energie și eficiență se află sentimente de inferioritate, incertitudine și insecuritate.

Pe parcursul terapiei psihanalitice se depistează un abandon imaginar al mamei la vârsta de 2 ani și jumătate, vârsta educării sfincterelor. Colita ulceroasă reprezintă un mod de *„expulzie simbolică”* sau o reacție de eliberare a unui „obiect” încordat, care a fost sursa dezamăgirii, pierderii.

Artrita reumatoidă

Acești pacienți sunt timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu și conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și de dispoziție depresivă, cu un înalt grad al conștiinței sociale, un simț exagerat al responsabilității față de obligațiile sociale și morale. În plus, ei posedă un control strict în exprimarea furiei și ostilității pe care și-o reprimă.

Încă în copilărie, aceste paciente aveau teamă față de mamă rece, agresivă și deci sentimente ostile față de ea, dar pe care nu le putea exprima din cauza dependenței sale. Acest protest reprimat contra mamei ulterior se va transfera asupra bărbaților și a membrilor familiei. Devenind mame, ele inversează situația și încep a-și controla copiii exact ca și atunci, cum ele erau controlate de mama. La ele se notează un control riguros asupra manifestărilor emoționale, tendința de a controla anturajul, soțul și copiii. De regulă sunt exigente față de proprii copii, dar pe de altă parte se neliniștesc și au grijă de ei. Ele demonstrează deschis repulsia față de rolul feminin. Ele achiziționează unele maniere bărbătești, luptă cu ei și refuză să se supună lor. Este interesant faptul că aceste femei își aleg bărbați pasivi. Mulți soți aveau chiar și unele defecte fizice. Pe parcursul evoluției bolii, bărbații acceptau rolul de îngrijitori. Deseori se angajează intens în activități fizice (muncă manuală și sport), fapt interpretat ca un mijloc preferat de descărcare a agresivității și ostilității.

Neurodermita

Această patologie deseori apare după moartea unei persoane iubite şi în urma unei mânii reprimate. La aceşti subiecţi se observă tendinţe exhibiţioniste, sadomazochiste, manifestări ale narcisismului. Pacienţii îşi demonstrează corpul, având drept scop dobândirea atenţiei, dragostei. Exhibiţionismul este folosit ca armă în această concurenţă şi inevitabil conduce la sentiment de culpabilitate. Conform legii talion, pedeapsa trebuie să corespundă crimei; pielea, care serveşte drept instrument al exhibiţionismului, devine locul suferinţei morbide.

În cazul unor forme de prurit, un factor psihodinamic important este reprimarea excitaţiei sexuale. În aceste situaţii ea este sursa juisanţei erotice conştiente şi se perzintă în calitate de echivalent al masturbării.

Localizarea acestor manifestări poate fi determinată uneori de conflicte: la faţă şi păr când conflictul este afectiv sau familial; la braţe şi gambe, când conflictul este profesional, financiar; pe coapse şi genital, când conflictul este sexual.

Tireotoxicoza

Hipertireoza poate fi provocată de numeroşi factori, cei mai importanţi fiind trauma psihică şi conflictul emoţional acut. Pacientele sunt foarte dependente de mama, se tem să piardă susţinerea ei. Multe dintre ele şi-au pierdut mama la naştere. Dar pe lângă această problemă există şi altele – căsătoria nefericită a părinţilor, instabilitatea personală a unuia dintre părinţi, repulsia părintească, naşterea unui nou copil în familiile numeroase şi, ca rezultat, îndepărtarea copiilor mai mari de afecţiunea părinţilor. Din aceste considerente, persoanele fac o tentativă precoce de identificare cu cineva dintre părinţi, de obicei cu mama („Dacă ea nu este alături, atunci eu ar trebui să devin la fel ca şi ea, pentru a mă putea descurca singură."). Această identificare precoce este peste măsura posibilităţilor lor fiziologice şi psihologice şi conduce la o luptă

permanentă. Chiar din copilărie ei încearcă să-şi atribuie responsabilitatea, să fie utili, acceptând funcţia maternă, astfel ei devin o a doua mamă pentru fraţi şi surori, dorind chiar să rămână însărcinate, deşi au frică de graviditate.

Metode de evaluare

1) control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecţiei practice;
2) control curent – evaluarea conceptului de sănătate şi normalitate, rolului factorilor psihologici în cadrul bolii, reacţia psihologică legată de boală, comportamentul în boală, criteriile sănătăţii mentale, problema modelului de boală şi importanţa conflictului psihologic în declanşarea maladiilor;
3) control final – însuşirea aspectelor psihologice ale bolnavului cu diferite afecţiuni, a medicinei psihosomatice, bolilor psihosomatice esenţiale

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iaşi, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală şi logopedie. Iaşi, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. Bucureşti, 1985.
7. I. Cucu. Psihosomatica medicală, Edit. Medicală, Bucureşti, 1980.

TEMA: RELAŢIA MEDIC–PACIENT

Scopul seminarului: însuşirea dialogului, iniţierea comunicării, etapelor întâlnirii medic–pacient.

Obiective operaţionale:

a) categoriile comportamentului interpersonal;
b) psihologia „situaţională" a bolnavului;
c) informarea pacientului de către medic;
d) medicul şi pretenţiile pacientului;
e) consimţământul;
f) formarea şi educarea bolnavului;
g) complianţa pacienţilor.

Deprinderi practice

Evaluarea etapelor de dialog între medic şi pacient, rolului echipei de îngrijire.

Materiale la temă:

Este ştiut faptul că cel mai simplu act medical implică o relaţie interpersonală, un contact uman de tip special între cel, care ajută, şi cel, care suferă cu scopul final de a alina suferinţa. *T. Sydenham* considera că medicul trebuie să trateze bolnavul aşa cum el însuşi ar dori să fie tratat, iar *G. Thibon* zicea că ceea ce cere pacientul de la medic este să fie tratat ca om de către un om. Bolnavul şi medicul nu ignorează că fără ambianţă de încredere terapeutica este imposibilă. Cu toate acestea, de multe ori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz ştiinţific, relaţia medic – pacient fiind transformată în realţia experimentator–obiect. Aceasta a fost posibil datorită creşterii importanţei laboratorului, rezultatelor noilor terapeutici, făcând pe mulţi să nu ia în considerare decât boala (nu bolnavul). Mulţi medici văd în pacientul din patul dè clinică doar o fiinţă vie, dar nu şi omul cu suflet. Medicul trebuie să fie util nu numai prin cunoştinţele sale de specialitate, ci şi prin sfaturile pe care le oferă în vederea unei reconstrucţii sufleteşti şi morale.

Un bolnav este în totalitate bolnav, întreaga sa persoană participă la această dramă. Bolnavul ia anumite atitudini față de boală, dar în același timp și anumite atitudini față de medici: încredere, stimă, simpatie, însă, posibil, și îndoială, teamă, dispreț, ură.

Relațiile medic–pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii:

1) interacțiune socială (cooperantă sau competitivă), produsă de tendințe, care nu sunt propriu-zis de natură socială;

2) dependență, cuprinzând acceptare, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire;

3) afiliație, cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase;

4) dominanța, deci acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc;

5) sexualitate, cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;

6) agresiune, lezarea altora pe plan fizic, verbal etc;

7) autostimă și egoidentitate: acceptarea autoimaginii de către alții sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine.

A ști să asculți este prima condiție a unui dialog. Dar deseori bolnavul nu are cunoștințele medicale, care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termene proprii și precise. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite. El poate folosi cuvinte „goale" de conținut și cuvinte vagi. Este bine cunoscută ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Cum trebuie să procedeze medicul pentru a obține detaliile ce conțin informațiile necesare diagnosticului, fără a-l sugestiona pe bolnav să răspundă în sensul unui diagnostic preconceput, iată ceea ce nu se învață decât printr-o îndelungată experiență. Aici putem aminti doar acuzele cele mai supărătoare pentru diagnostic; ceea ce nu înseamnă că, din punct de vedere terapeutic, ele ar trebui negli-

jate, ci dimpotrivă. Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator.

Oricum, medicul şi pacientul nu privesc boala de pe aceeaşi platformă. Un diagnostic de tuberculoză înseamnă pentru medic o problemă de prognostic şi de măsuri eficace. Pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o „sentinţă la moarte", dacă boala este o „pedeapsă" sau un „blestem". A fi tuberculos este pentru mulţi o situaţie, ce trebuie camuflată chiar faţă de propria conştiinţă (de aici apare tendinţa de a neglija tratamentul). S-a constatat că frecvenţa tuberculozei este mai mare printre cei care refuză să se supună explorărilor radiologice. Medicul este preocupat de primejdia socială pe care o reprezintă bolnavul şi de autoritatea sa profesională. El, care este de multe ori un „dezrădăcinat" şi, de obicei, un om cu bunăstare, care consideră, că „obiectivul nr.1" nu poate fi decât sănătatea, nu va înţelege întotdeauna de ce un pacient opune rezistenţă la recomandaţia de a-şi schimba locul de muncă sau de a se muta într-o altă localitate cu o climă mai potrivită. Fără a cunoaşte elementele de cultură autohtonă, de prejudecată şi de superstiţie din regiune, medicul va pricepe cu greu de ce femeile evită să nască în maternităţi sau de ce unii bolnavi refuză să admită un tratament psihiatric.

Problemele privind comunicarea dintre medic şi pacient nu se rezumă la problemele de limbaj. Medicul trebuie să înţeleagă nu numai boala, ci şi bolnavul. Această înţelegere înseamnă cunoaştere şi comprehensiune, nu numai cunoştinţe, înseamnă cunoaşterea unui individ. În înţelegerea unui individ, sunt de evitat, mai întâi, două greşeli capitale: a) suprasimplificarea; b) proiecţia (îi atribuim caracteristici, care sunt ale noastre). Cum reuşim să ajungem chiar la individ? Aici intervin procedee „intuitive", „instinctive" sau „imaginative", care nu fac parte din arsenalul ştiinţific al medicului, dar care sunt ajutate de cultura literară.

Transpunerea aceasta imaginativă este o tentativă de a „înţelege" activităţile altora, care nu ne sunt imediat inteligibile; dar o adevărată înţelegere o realizează abia identificarea. Ceva mai puţin decât

empatia se realizează prin simpatie, care este o participare. O parte a ego-ului trebuie să fie angajată în procesul empatic („introduc" persoana în mine şi mă identific cu ea), în timp ce altă parte menţine distanţa şi „supraveghează". Medicul, care se identifică cu pacientul (aşa cum se identifică copilul cu părintele său), este „pierdut"; de asemenea, cel care are „dragoste" pentru bolnav. Pentru a evita complicarea relaţiei cu elemente „erotice" (favorizate de explorările manuale etc.) se cer luate măsuri de precauţie speciale.

În orice act medical găsim mai mult decât „lucruri reci"; găsim „un al treilea factor", care este puntea de înţelegere între om şi om. S-ar face un „dublu transfer psihologic": medicul înglobează în sine suferinţa bolnavului şi îi transferă voinţa de a se vindeca. În situaţia de transfer, bolnavul „ascultă" de medic ca şi de părinte, de teamă ca să nu-i piardă afecţiunea.

Nu toţi bolnavii vin la medic pentru a fi vindecaţi. Unii vin să găsească o detensionare, alţii– pentru a găsi acoperire medicală a unei situaţii penibile. De exemplu, este cunoscut refugiul oferit de bolile căilor genito-urinare: bărbatul impotent îşi acuză prostata, în timp ce femeia frigidă îşi acuză vezica urinară.

În relaţia medic–pacient există şi un schimb de stimulări şi inhibiţii între cele două părţi „contractante". Este una dintre faptele, care justifică aforismul lui Nietzsche: trebuie să fii născut pentru medicul tău, altfel „te paşte primejdia", acest aforism se poate inversa: medicul datorează mult încrederii bolnavilor, în ce priveşte succesul şi echilibrul său interior. Acest fapt a fost admirabil sesisat de T. Tanco, care, atunci când îşi „alege" chirurgul, care să-l opereze, se gândeşte ca astfel să-i crească prestigiul între confraţi.

Medicul trebuie să evite să impună bolnavului idealul său personal de sănătate, să-l facă „după chipul şi asemănarea sa". Niciodată nu trebuie să iutăm că bolnavul, care a căpătat încredere în medic, nu-i va ierta niciodată o dezamăgire.

Este interesant să accentuăm că pentru majoritatea bolnavilor dialogul propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susţinere; dar nu medicul pare a fi elementul esenţial, ci convorbirea. Ameliorări ale stării mentale s-au putut obţine chiar şi prin dialoguri cu maşini cibernetice.

Psihologia „situațională" a bolnavului

A ști ceea ce trebuie pentru a îngriji un bolnav nu înseamnă numai a cunoaște numele bolii sale, ci și a înțelege „sensul situației bolnavului".

a) *Situația „primitivă"* este aceea, care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este situația „magică". Este denumită astfel, pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomenești, chiar divine. Bolnavii, care așteaptă „minunea", sunt foarte numeroși, chiar printre oameni instruiți. La mulți bolnavi, boala insăși determină o regresiune de mentalitate. Aproape fiecare bolnav ar vrea ca medicul său să fie înzestrat cu puteri supranaturale. Elementul magic este destinat, de obicei, să explice „de ce (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum), în timp ce știința explică „cum" s-a produs boala.

Alții, din contra, suferind influența mediului cultural, atribuie cea mai mare importanță medicamentelor „noi", suverane, considerate panacee. De multe ori, medicul nu poate să refuze aceste medicamente, care servesc (cel puțin) ca „vehicul" psihoterapeutic, mai ales atunci când o psihoterapie propriu-zisă pare dificilă.

b) *Situația de dependență.* Prin însăși boala lor, bolnavii sunt într-o stare de inferioritate, care este cu atât mai marcantă, cu cât Eu-l lor este mai slab. Uneori adultul devine prin boală un copil. Freud, care a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice, a propus, pentru a o desemna, termenul de transfer. El reprezintă o proiecție asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut mai înainte în relațiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său, care ținea loc de părinte).

Sub numele de contrtransfer se descriu atitudinile negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul "vede" în pacient pe altcineva, o persoană, care a jucat un rol important în biografia sa afectivă. Acest contrtransfer are o acțiune

defavorabilă actului terapeutic, psihanaliza recomandă ca orice medic să-şi facă lui însuşi, în primul rând o psihoterapie, în aşa fel, încât propriile sale probleme psihologice, ale inconştientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

La un moment al dezvoltării sale, transferul poate să ia forma dragostei. Această „dragoste", conştientă sau nu, apare mai uşor şi este mai uşor exterioriuată, dacă medicul şi bolnavul sunt de sex diferit.

c) *Complexul paternalist.* S-a semnalat posibilitatea de apariţie la medic a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresiune, conduita bolnavului se organizează pe poziţii infantile, conduita medicului se constituie corespunzător modului paternal. Medicul manifestă o atitudine paternală pentru diverse motive. Autoaprecierea pe care o face despre rolul său dominator, nevoia sufletească de a acţiona asupra altora, ambiţia de a avea o situaţie deosebită personală în profesie, dorinţa de a-şi câştiga un prestigiu, manifestările de rivalitate agresivă pentru a reuşi, sunt tot atâtea circumstanţe psihologice, care favorizează rolul de „tată". Medicii, care au fost frustraţi de afecţiune sau au fost victime ale autoritarismu-lui în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care şi-au refulat dorinţele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacţii de "valorizare" pe lângă pacienţii lor. Medicul, care vrea să facă totul singur, să se ocupe numai el de toate suferinţele bolnavului său, corespunde acestui complex de autoritarism paternalist. Acţiunea lui poate fi de multe ori antisocială şi antimedicală, când îl lipseşte pe bolnav de competenţa altora de care ar avea nevoie.

Medicul şi pretenţiile pacientului

Medicul trebuie de la bun început să creeze o atmosferă de destindere şi încredere pentru bolnav. Anumiţi bolnavi, printr-un fel de antrenament datorit deselor frecventări ale cabinetelor medicale, au pierdut emotivitatea primelor contacte, având aerul că vor să domine ei contactul cu medicul şi manifestă o oarecare

agresivitate împotriva oricărei tentative de pătrundere indiscretă în intimitatea lor.

Din ce în ce mai frecvent întâlnim bolnavi, care ajuns la concluzia unui diagnostic pe baza unor cunoştinţe medicale, pe care astăzi le posedă orice om cu oarecare cultură. Medicul va accepta aceste interpretări cu mult simţ critic şi nu le va respinge dintr-o dată, brutal, cu ironie sau cu o enervare, ce ar traduce în primul rând susceptibilitatea sa faţă de pătrunderi ilicite în domeniul său de competenţă. El trebuie să ştie să găsească momentul propice pentru a demonstra bolnavului, căruia i-a captat încrederea, care este diagnosticul corect şi terapeutica oportună.

În linii generale, medicul nu trebuie să se lase condus de bolnav, care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci şi tratamentul, deşi este obligat să ţină seama de idiosincraziile acestuia, de experienţa sa de „bolnav", de ameliorările obţinute cu anumite terapeutici.

În alte cazuri, medicul poate fi bine intenţionat, tolerant şi înţelegător, iar bolnavul cooperant, participă eficient la terapeutica indicată; dar, cu toate eforturile reciproce, ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a „instalat în boala sa organizată. Intervin aici, uneori, mecanisme inconştiente, ce întreţin boala pentru „avantajele" sale.

Informaţi despre progresele farmacologiei, pacienţii pretind medicamente nu numai pentru boală şi durere, ci şi pentru orice senzaţii neplăcute fizice şi mentale. Această hipocondrie i-a impins pe medici în atitudinea de a face ceva. Refuzul bolnavului de a primi un tratament este interpretat ca semnul unei boli incurabile sau ca dovadă a incapacităţii profesionale a medicului. O cauză importantă a polifarmaciei este însă şi reclama medicamentelor legată de dezvoltarea industriei farmaceutice. Probabil că antibioticele sunt prescrise corect (în SUA) abia în $^{1/10}$ de cazuri. Menţionăm că la mai mult de $^{1/6}$ dintre pacienţi există reacţii „adverse" la droguri, neplăcute şi neaşteptate.

Informarea pacientului de către medic

Ne punem întrebarea când, cum şi cât din adevăr şi detalii asupra bolii trebuie comunicate celui suferind. Forma, sub care urmează să-i prezentăm realitatea, este în funcţie de personalitatea bolnavului, de natura bolii lui şi de personalitatea medicului.

a) Când un bolnav vine să ne consulte pentru o suferinţă certă, iar medicul nu găseşte nimic lezional-organic, este o greşeală să se spună pacientului că „nu are nimic". Este o eroare să i se propună un tratament fără a i se anunţa diagnosticul, ceea ce conduce la nemulţumiri justificate din partea pacientului. Pacientul are şi el o „nevoie de a şti", mai ales astăzi, când nivelul de informare generală şi de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci, când este vorba de afecţiuni cronice, de boli antrenând incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcţională şi profesională, medicul trebuie să aibă multă răbdare şi tact pentru a face ca bolnavul să-şi accepte boala. Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înţeleagă ce are şi ce trebuie să facă.

c) „Nevoia de a şti" a celor mai mulţi bolnavi ţine de anxietate, dar un coeficient important revine şi curiozităţii în legătură cu cele ce se petrec în „maşina" omenească.

h) În bolile grave (şi nu numai în cele 100% letale) se pune problema protecţiei bolnavului contra diagnosticului. Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve. Unor membri ai familiei, foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă şi care sunt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie să fie mărturisit pe de-a întregul. Pe de altă parte, este obligatoriu de a lăsa, în orice situaţie, o urmă de speranţă, legată, de exemplu, de posibilitatea apariţiei unei noi terapeutici. Scopul medicului este de ajuta pacienţii să supravieţuiască cât mai mult timp posibil în cel mai bun confort fizic şi moral.

Consimțământul

Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental, care este libertatea bolnavului. Nici un medic nu o poate pune în discuție, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconștienți, mentali etc.). Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinței bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimțământul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante.

Formarea și educarea bolnavului

Deseori medicul nu poate fi disponibil, el are oboselile și îndoielile lui, problemele sale de viață. Pacientul nu apreciază întotdeauna efortul și ajutorul medicului, nu-i acordă întotdeauna încrederea și respectul cuvenit etc. În acest dialog este nevoie de tact, finețe, de înțelegere și compasiune din partea medicului, dar în același timp este necesară și educarea bolnavului în ceea ce privește atitudinea sa față de boală și atitudinea față de medic. Gratuitatea asistenței medicale ocazionează deseori abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru ușoare indispoziții, solicitarea ajutorului de urgență pentru probleme banale. De aceea necesitatea formării pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă. Un bolnav „format" va putea compensa deficiențele momentane ale medicului.

Inițierea comunicării

În special la prima întâlnire medic-pacient, atmosfera, locul consultației pot juca un rol determinant. Ele pot permite afirmarea identității celor doi, prevenind amestecul rolurilor. Atitudinea prietenoasă, sinceră favorizează comunicarea. Desfășurarea consultației nu trebuie să se facă pe culoar, în lift, gata de urcarea în mașină etc. Medicul trebuie să se prezinte nu ca, de exemplu docentul X, doctor în medicină, cea mai rezonabilă soluție fiind utilizarea simplă a titulaturii de "doctor", iar pentru studenții în medicină – "sunt studentul Y și fac parte din echipa, care va avea grijă de dvs., pe parcursul șederii la noi."Folosirea numelui pacientului este recomandabilă la întâlnirea inițială, putându-se trece la folosirea prenumelui atunci când relația s-a mai consolidat

sau când pacientul solicită explicit acest lucru. Ar fi bine excluderea musafirilor nepoftiți, de exemplu a unei asistente curioase. În cabinet medicul nu trebuie să abuzeze de factori de natură a-i crește artificial (până la ridicol) prestigiul: abundența de diplome, telefonul, care sună neîncetat, scaunul rotativ (cu mai multe grade de libertate decât al pacientului). Să acorde atenție tuturor simptomelor evocate de pacient. Pacienții sunt de cele mai multe ori anxioși când trebuie să vină la medic. Această anxietate poate fi diminuată printr-un comportament prietenesc din partea doctorului, de exemplu salutându-l, adresându-i-se pe nume și dând mâna cu el, rugându-l să ia loc, unde el vrea și inițiind o discuție, iar ținuta de stradă a medicului, la fel, relaxându-l. Prima întrebare trebuie să fie deschisă, de genul: "Ei bine..."sau" Cu ce vă pot ajuta?". Medicul trebuie să asculte în liniște, fără să întrerupă mărturisirea inițială a bolnavului. Ulterior va trebui să rezume spusele bolnavului, utilizând cuvintele pacientului. Scopul este de a i se confirma că medicul a înțeles exact mesajul. Pacienții își amintesc cel mai bine ceea ce li se spune în primul minut după terminarea examinării clinice. Medicul trebuie să fie neutru din punct de vedere afectiv față de bolnavul pe care îl îngrijește, deoarece acesta fie că îl iubește sau nu, el așteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa. Constatarea și recunoașterea bolii sunt situații „realiste", care reprezintă premisa unui tratament eficace și rațional.

Complianța pacienților

Ideea, după care bolnavul înțelege complet și corect instrucțiunile de regim și de tratament medicamentos, le reține și le execută întocmai, nu corespunde realității decât într-un număr restrâns de cazuri „ideale". Trebuie să luăm în considerare întotdeauna o distorsiune emoțională, defecte de memorie (care în cazul bolnavilor vârstnici fac parte din starea, ce necesită tratament), neglijente sau chiar atitudini necorespunzătoare din partea pacientului. Administrarea sub supraveghere strictă nu este posibilă nici în spitale.

Participarea activă a pacientului presupune atitudine cooperantă, o anume poziție față de propria boală, o bună atenție și o bună

memorie. O parte a vinei de noncomplianţă o are examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripţie, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandările nerealiste sau „perfecţioniste", efectele adverse ale medicaţiilor. Noncomplianţa este uneori deliberată, alteori ţine de teamă, de neîncredere, de prejudecări faţă de „nou", de interferenţe cu o automedicaţie camuflată. Nu pot fi ne-glijate diferenţele socioculturale între populaţii: acolo, unde educaţia se face în sensul respectului autorităţii, este de aşteptat o complianţă satisfăcătoare.

Ca retrospectivă, putem spune că medicina nu este o ştiinţă abstractă, ci una practică, dar ea nu se aplică materiei. Supunerea ei specială şi exclusivă la om „este ceea ce o face să fie o ştiinţă incomparabilă. "Medicina este o ştiinţă adresată omului şi nu bolii, omului bolnav şi nu bolii omului.

Metode de evaluare

1. Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecţiei practice.
2. Control curent – evaluarea categoriilor comportamentului interpersonal, psihologiei „situaţionale" a bolnavului, informarea pacientului de către medic, medicul şi pretenţiile pacientului.
3. Control final – însuşirea formării şi educării bolnavului, complianţa pacienţilor, rolului echipei de îngrijire.

Durata seminarului – 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iaşi, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală şi logopedie. Iaşi, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. Bucureşti, 1985.
7. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. Bucureşti, 1983.
8. Cucu C. Ioan. Psihologie medicală. Bucureşti, 1980.

TEMA: ASPECTE PSIHOLOGICE ALE SUICIDELOR. MOARTEA ŞI DOLIUL – PROBLEME ALE PSIHOLOGIEI MEDICALE. CORELAŢII PSIHOLOGICE ÎN CANCER

Scopul seminarului: însuşirea factorilor de risc în suicide şi doliu, managementul acestor pacienţi, aspectele psihologice în cancer, deces şi moarte.

Obiectivele operaţionale:

a) factorii de risc în suicide, managementul pacienţilor suicidari;

b) motivele doliului, stadiile, doliul la părinţi şi copii;

c) aspecte psihologice în cancer;

e) decesul şi moartea, reacţiile şi managementul pacienţilor terminali.

Deprinderi practice:

Evaluarea managementului pacienţilor suicidari şi terminali, prezentarea bolnavilor şi discuţia asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:
Aspecte psihologice ale suicidelor

Suicidul este moartea intenţionată autoindusă. Anual, în Statele Unite se sinucid în jur de 35.000 de persoane. Rata este de 12 persoane la 100.000 într-un an; încearcă să se sinucidă în jur de 250.000 de persoane. Pe plan mondial, Statele Unite au o poziţie de mijloc din punctul de vedere al numărului sinuciderilor (de ex., rata respectivă în ţările scandinave este de 25 la 100.000 de locuitori). Rata cea mai scăzută se înregistrează în Spania şi în Italia. La bărbaţi sinuciderile realizate sunt de două ori mai numeroase decât la femei. Femeile comit de zece ori mai multe tentative de sinucidere comparativ cu bărbaţii. Bărbaţii folosesc metode violente mai frecvent decât femeile (de ex., arme de foc şi nu medicamente). Riscul creşte cu vârsta. La bărbaţi vârful riscului de sinucidere apare după vârsta de 45 de ani; la femei vârful se constată după 65 de ani. Persoanele mai în vârstă încearcă mai rar să se sinucidă, dar reuşesc mai frecvent. După vârsta de 75 de

ani, rata sinuciderilor creşte la ambele sexe. în prezent creşterea cea mai rapidă a ratei se înregistrează la bărbaţii tineri în vârstă de 15–24 de ani. Două din fiecare trei sinucideri sunt comise de bărbaţi de rasă albă. Riscul este mai mare la americanii nativi („indieni") şi la inuiţi, („eschimoşi"), cea mai ridicată – la protestanţi, iar cea mai scăzută – la catolici, evrei şi musulmani. Rata este mai mare la persoanele necăsătorite decât la cele căsătorite; este ridicată la persoanele divorţate; decesul partenerului marital măreşte riscul. Boala medicală sau chirurgicală constituie un factor de risc, în special dacă se asociază cu durere sau dacă este vorba despre o boală cronică sau terminală. O proporţie de 50% din persoanele, care se sinucid, sunt depresive. Pe de altă parte, 15% dintre bolnavii depresivi se sinucid. Zece la sută din persoanele, care se sinucid, suferă de schizofrenie. O tulburare prin uz de substanţe măreşte riscul de sinucidere, în special dacă persoana respectivă este şi depresivă. Tulburarea de personalitate borderline se asociază cu o rată ridicată a comportamentului parasuicidar. Demenţa, deliriumul, stările de panică măresc riscul.

Factori de risc în suicide:

a) dorinţa de a muri lipsită de ambiguitate;
b) şomajul;
c) senzaţia de lipsă a speranţelor;
d) adunatul medicamentelor;
e) probabilitatea redusă de a fi salvat;
f) posesia de armă/ arme de foc;
g) istoricul familial de suicid;
h) fantezii de reunire cu persoane iubite, care au murit.

Trebuie să memorizăm următoarele:

1. Nu lăsaţi pacientul suicidar singur; îndepărtaţi din încăpere orice obiecte potenţial primejdioase.

2. Apreciaţi dacă tentativa acestuia a fost planificată sau impulsivă.

3. Pacienţii cu depresie severă pot să fie trataţi ambulator,

dacă familiile pot să îi supravegheze îndeaproape şi dacă tratamentul poate să fie instituit repede. Dacă aceste condiţii nu sunt întrunite, este necesară spitalizarea.

4. Ideaţia suicidară a pacienţilor alcoolici se remite, în linii generale, după abstinenţă, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă şi după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore. Toţi bolnavii suicidari sub intoxicaţie cu alcool sau droguri trebuie reevaluaţi mai târziu, după detoxicare.

5. Ideile de sinucidere ale pacienţilor cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceştia tind să folosească metode violente, foarte letale şi, uneori, bizare.

Da-uri şi Nu-uri la pacientul suicidar

1. Da, întrebaţi despre ideile de sinucidere, în special despre planurile lui de a-şi face vreun rău. Faptul că întrebaţi despre sinucidere nu va „implanta" bolnavului această idee.

2. Nu ezitaţi să întrebaţi bolnavul, dacă „ar dori să moară". Abordarea problemei fără ocolişuri este cea mai eficientă.

3. Da, aveţi grijă ca interviul să se desfăşoare într-un loc sigur.

4. Nu oferiţi false reasigurări (de ex., „Mai toţi oamenii se gândesc să-şi ia viaţa într-un moment sau altul").

5. Da, puneţi întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care pot să fie legate de tentative viitoare.

6. Da, puneţi întrebări cu privire la accesul la arme de foc.

7. Nu lăsaţi bolnavul să plece de la departamentul de urgenţă/camera de gardă, dacă nu sunteţi sigur că nu îşi va face vreun rău.

8. Nu presupuneţi că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24. Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizaţi bolnavul.

9. Administraţi-i tranchilizante.

Durerea datorată pierderii, doliul şi travaliul de doliu.

Pierderea, doliul şi travaliul de doliu sunt termeni în general sinonimi folosiţi pentru a descrie sindromul precipitat de pierderea unei persoane iubite.

Doliul poate să apară şi din motive nelegate de moartea unei persoane iubite:

(1) pierderea unei persoane iubite prin despărţire / separare, divorţ sau detenţie;

(2) pierderea unui obiect sau a unei circumstanţe cu încărcătură emoţională (de ex., pierderea unei posesiuni dragi sau a unei slujbe sau poziţii valorizate);

(3) pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex., moartea intrauterină a fătului, naşterea unui copil malformat);

(4) pierderea, care rezultă dint-o lezare narcisică (de ex., amputaţie, mastectomie).

Trebuie să memorizăm următoarele:

A. Da, încurajaţi ventilarea simţămintelor. Permiteţi pacientului să vorbească despre acei pe care i-a iubit. Pot fi utile reminiscenţele despre experienţe pozitive.

B. Nu spuneţi unei persoane în doliu că nu trebuie să plângă sau să se mânieze.

C. Da, încercaţi ca un mic grup de oameni, care l-au cunoscut pe decedat să discute despre acesta în prezenţa persoanei îndoliate.

D. Nu prescrieţi medicaţie antianxioasă sau antidepresivă drept tratament regulat, de durată. Dacă persoana îndoliată devine acut agitată, este mai bine să oferiţi consolări verbale şi nu o pilulă. Totuşi, pe termen scurt pot să ajute mici doze de medicaţie (5 mg de diazepam – valium).

E. Da, ţineţi seama că vizitele scurte şi frecvente la psihiatru sunt mai utile decât câteva vizite lungi.

F. Da, ţineţi seama de posibilitatea unei reacţii de doliu întârziate, care apare la câtva timp după deces şi constă din modificări comportamentale, agitaţie, labilitate dispoziţională şi abuz de substanţe. Astfel de reacţii pot să survină în apropierea aniversării unui deces (reacţie aniversară).

G. Da, ţineţi seama că înainte de producerea propriu-zisă a pierderii, poate să aibă loc o reacţie de doliu anticipativă, care poate

să reducă intensitatea reacției de doliu acute din momentul producerii reale a pierderii. Dacă este recunoscut atunci când are loc, acesta poate să fie un proces util.

H. Da, rețineți că persoana în doliu după decesul unui membru de familie, care s-a sinucis, s-ar putea să nu dorească să discute despre sentimentele sale, din teamă de a nu fi stigmatizată.

Decesul şi moartea

Stadiile nu se manifestă întotdeauna în ordinea prezentată. Pot să existe salturi de la un stadiu la altul. Mai mult, copiii mai mici de 5 ani nu înțeleg moartea; ei o privesc ca pe o separare, asemănătoare somnului. Între vârsta de 5 şi 10 ani, ei devin din ce în ce mai conştienți de moarte drept ceva care li se întâmplă altora, în special părinților. După vărsta de 10 ani, copii conceptualizează moartea drept ceva ce li se poate întâmpla chiar lor.

Trebuie să memorizăm următoarele:

A. Nu adoptați o atitudine rigidă (de ex.,"Eu îi spun întotdeauna bolnavului ce are"); lăsați ca bolnavul să vă fie ghid. Mulți pacienți vor să-şi cunoască diagnosticul, în timp ce alții nu vor. Informați-vă cât de mult a aflat şi înțelege deja bolnavul în legătură cu prognosticul său. Nu reprimați speranțele bolnavului şi nu penetrați negarea adoptată de către bolnav, dacă aceasta este defensă majoră, atâta timp cât bolnavul rămâne capabil să obțină şi să accepte ajutorul, care îi este necesar. Dacă bolnavul refuză să obțină ajutor din cauza negării, ajutați-l treptat şi cu blândețe să înțeleagă că ajutorul este necesar şi disponibil. Reasigurați bolnavul că va fi îngrijit indiferent de comportamentul său.

B. Da, rămâneți cu bolnavul pentru o perioadă de timp după ce i-ați spus despre condiția sau diagnosticul său. Poate să intervină o perioadă de şoc. Încurajați pacientul să pună întrebări şi dați răspunsuri, care să reflecte adevărul. Spuneți-i că vă ceti întoarce pentru a răspunde la toate întrebările pe care le vor avea bolnavul sau familia sa.

C. Da, reveniţi după câteva ore, dacă este posibil, ca să verificaţi care este reacţia bolnavului. Dacă pacientul manifestă anxietate, se pot prescrie 5mg de diazepam la nevoie, timp de 24 până la 48 de ore.

D. Da, comunicaţi membrilor de familie datele medicale reale. Încurajaţi să viziteze bolnavul şi permiteţi-i acestuia să vorbească despre fricile sale. Membrii de familie nu numai că trebuie să facă faţă pierderii unei persoane iubite, ci se confruntă şi cu propria mortalitate personală, care produce anxietate.

E. Da, verificaţi întotdeauna dacă există vreun „testament cu privire la viaţă" sau dacă pacientul sau familia au dorinţa de a nu resuscita. Încercaţi să anticipaţi dorinţele lor cu privire la procedurile de susţinere vitală.

F. Da, înlăturaţi durerea şi suferinţa. Nu există nici o raţiune de a nu administra narcotice unui pacient muribund, de frica dependenţei. Managementul durerii trebuie să fie visuros.

Corelaţii psihologice în cancer

Rezistenţa organismului fată de agenţii mutageni şi faţă de celulele mutante este hotărâtoare pentru instalarea bolii canceroase. Cancerul este pus în legătură cu temperamentul melancolic, constituţie inertă, greoaie, ca şi al destinului personal cu catastrofe, teamă şi tristeţe, traume psihice puternice, copilărie traumatizată. Cancerul este boala nefericiţilor, a celor chinuiţi sau care se chinuiesc singuri. Deşi persoanele se tem de moarte, nu doresc să trăiască – *sau/sau*. La ei există o inabilitatele de a găsi soluţii de compromis în problemele de viaţă interioară. Individul lunecă în conflicte, care nu pot fi manipulate, descărcate şi care nasc sentimenle de vină sau agresiuni de tip bumerang. Fumători / nefumători – 4,5:1. Pacienţii sunt frecvent autoritari, rigizi şi conformişti din punct de vedere social, prestigiul social are aici o mare importanţă. Este adeseori evident narcismul lor. Rolul cancerigen al văduvei – pierdere, despărţire, tristeţe, griji. Există tendinţa ca după moartea unui partener conjugal, celălat să moară

din cauza aceleiaşi boli. Cr creşte în perioadele de crize economice şi politice, cât şi în perioadele de nesiguranţă socială. Rata Cr pare mai mare la „părturile inferioare". Rezistenţa maximă aparţine tipurilor puternic şi echilibrat. Leziunea este o noutate negativă, este un simbol al morţii, pacientul este brusc şi puternic lovit de distrugerea unui viitor predictibil, parte adesea dominantă a Eului său. Repetând în gând constatarea situaţiei, ea încetează să mai fie o noutate, devine o situaţie curentă. Cc. 89% din canceroşi doreau să ştie adevărul.

Metode de evaluare

1. Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecţiei practice.
2. Control curent – evaluarea factorilor de risc în suicide, motivele doliului, aspecte psihologice în cancer, decesul şi moartea, reacţiile pacienţilor terminali.
3. Control final – însuşirea managementului pacienţilor suicidari, stadiile doliului la părinţi şi copii, managementul pacienţilor terminali.

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iaşi, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală şi logopedie. Iaşi, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. Bucureşti, 1985.
7. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. Bucureşti, 1983.

TEMA: **PSIHOTERAPIA - SCOP, OBIECTIVE, ISTORIA ACESTEI DISCIPLINE. INDICAŢII ŞI CONTRA-INDICAŢII. METODE. HIPNOZA, TRAENINGUL AUTOGEN, PSIHOTERAPIA DE GRUP COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ.**

Scopul seminarului: însuşirea scopului, obiectivelor, indicaţiile şi contraindicaţiile psihoterapiei, clasificarea şi metode

Obiectivele operaţionale:

a) scopul, obiectivele, istoria acestei discipline, accesibilitatea, indicaţiile şi contraindicaţiile psihoterapiei.

b) clasificarea, metode.

c) caracteristicile hipnozei, trainingului autogen, psihoterapiei de grup, psihodramei moreniane, terapiei comportamentale, terapiei cognitive, psihoterapiei nondirective, terapiei tranzacţionale de grup, Gestalt – terapiei, psihoterapiei psihanalitice, psihanalizei.

Deprinderi practice: Evaluarea metodelor de psihoterapie, prezentarea bolnavilor şi discuţie asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Psihoterapia este un sistemă de influenţă a personalităţii terapeutului asupra personalităţii pacientului în scopul înlăturării manifestărilor psihopatologice şi psihologice nedorite. Psihoterapiile moderne îşi găsesc originea în tradiţia magico- religioasă şi în tradiţia empirică. Prima urmăreşte uşurarea suferinţelor graţie intervenţiei forţelor supranaturale, a doua se realizează pe o înţelegere ştiinţifică a omului.

Caracteristicile comune tuturor şcolilor de psihoterapie sunt:

- Trezirea şi menţinerea încrederii bolnavului.
- Intensificarea emoţiilor pozitive.
- Întărirea sentimentului de stăpânire de sine în cursul experienţelor reuşite.

Accesibilitatea:

- Pacientul nu a depăşit vârsta de 45 ani.
- Pacientul doreşte în mod real să se vindece.
- Pacientul dispune de o capacitate comprehensivă de nivel mediu/ bun.
- Personalitatea nu este structurizată ca o dizarmonie de nucleu.
- Boala nu este constituită într-un timp îndelungat.

Indicaţii:

- Nevroze (nevroza anxioasă, isterie, nevroza obsesională, fobii).
- Perturbări adaptative (în special de integrare socială).
- Probleme de cuplu.
- Criza de adolescenţă.
- Dezechilibrul psihic provocat de o situaţie stresantă sau traumatizantă, pe care persoana nu o poate depăşi (eşec, dificultăţi profesionale, dificultăţi familiale, doliu).
- Depresii uşoare.
- Tulburări de dinamică sexuală.
- Boli psihosomatice.
- Dizarmonii de personalitate.
- Toxicomanii, perversiuni sexuale (limitat).
- Cazuri borderline (limitat).
- Psihoze (o anumită formă de psihoterapie şi doar în anumite cazuri).

Se impun unele elemente ale formării psihoterapeutului:

- Pregătirea ştiinţifică generală în medicină somatică pentru a putea discrimina suferinţa organică de cea psihică
- Cunoaştera personalităţii bolnavului, aceasta se poate realiza pentru pregătire în domeniul psihologiei persoaneişi al psihosomaticii
- Adecvarea tehnicii psihoterapeutice nozologiei psihiatrice,

în care se încadrează bolnavul, rezultatele cele mai bune fiind obținute în suferințele nevrotice, dar și în debutul unor psihoze și în remisiunile acestora.

Clasificare:

- *Metode sugestive.*
- *Metode de antrenament autogen.*
- *Terapiile de grup, cognitiv-comportamentale.*
- *Psihanaliza și psihoterapia psihanalitică.*

Hipnoza

Hipnoza a fost folosită în scop terapeutic pentru prima dată de F. A. Messmer, medic vienez, anii 70, v. XVIII, denumind-o „magnetism animal". Denumirea de hipnoza se leagă de numele lui J. Braid în 1843, un chirurg englez. Charcot este cel care introduce hipnoza în clinică, apoi Bernheim. Dacă lăsăm pacientul în această stare și nu întreținem cu el rapportul verbal, atunci în curând somnul hipnotic trece în cel obișnuit. Este cu mult mai ușor să hipnotizezi un pacient care vrea să doarmă. De aceea, prima ședință e de dorit să fie efectuată după amiază sau în orele serii. Este important ca pacientul să se așeze comod sau să se culce pe canapea, în poziția în care el de obicei adoarme. Dacă rămâne în picioare, ședința poate fi realizată mai greu, din cauza mulțimii de excitanți interoceptivi, care vin de la mușchi, ligamente spre creier. Este necesară liniștea, lipsa luminii puternice și a frigului. Pentru introducerea în hipnoză se folosesc excitanți vizuali slabi, rugând ca pacienții să privească, fără ca să clipească din ochi la un obiect, care lucește (o bilă de sticlă, ciocănașul); excitanți auditivi slabi – sunetul metronomului sau slabi excitanți tactili, atunci când medicul trece ușor cu mâinile de-a lungul corpului pacientului (pasele).

Tehnica

În primul rând se explică caracterul reversibil al simptomelor. Ulterior se explică în ce constă această metodă curativă și că pacientul poate auzi vocea medicului.

Probele pentru sugestie

Cu eprubetele; cu mâinile în lacăt; cu mâinile pe ceafă, etc.

Metoda verbală

În această metodă intonaţia este importantă. Se poate utiliza următoarea formulă:

- Închideţi ochii dvs.
- Nu vă gândiţi la nimic altceva.
- Nu încercaţi să stopaţi apropierea somnului.
- Somnul va veni singur de la sine.
- Respiraţi liniştit.
- Eu voi socoti şi de fiecare dată somnolenţa va creşte – 1,2,3.
- Respiraţia este liniştită.
- Relaxare completă.
- Odihnă completă – 4,5,6,7.
- Vocea mea vă linişteşte şi vă adoarme din ce în ce mai tare 8,9,10..
- Sunteţi copleşit de o somnolenţă irezistibilă. Doriţi să dormiţi mai tare şi mai tare –11,12.
- Dormiţi adânc, cât mai profund. Şi aşa până la 20,30 sau 40.

După care urmează sugestia în rapport.

Dehipnotizarea

De regulă greutăţi nu se observă. Până a-l trezi, pacientului i se insuflă, că el se simte bine.

- Acuma dvs vă veţi trezi.
- Vă veţi simţi minunat.
- Vaţi odihnit foarte bine.
- După ce vă veţi trezi, vă veţi simţi plin de energie.
- Acuma la numărul 12 vă veţi trezi.
- 1,2,3,4,5 – Vă treziţi din ce în ce mai tare.
- Somnul dispare, 6,7,8.
- Încă mai tare vă treziţi, 9,10,11,12.
- Treziţi-vă.

Antrenamentul autogen.

Reprezintă o metodă psihoterapeutică de relaxare. Este utilizată în scopul creşterii capacităţii vitale. A fost elaborată de psihiatrul german *J. H. Schultz* între anii 1908–1912 şi constă în practicarea, pe fondul relaxării musculare cât mai profunde, obţinute pe baza anumitor poziţii cheie, a unor exerciţii eşalonate pe două cicluri (inferior şi superior). Durata fiecărui exerciţiu variază între 5–30 min şedinţa, 15 zile în medie pentru fiecare exerciţiu, 3–6–12 luni de antrenament.

Ciclul inferior

Ex.I. *Obţinerea stării de calm prin autosugestie, referitor la senzaţie de greutate.* Repetă în minte fără nici o încordare formula – mâna dreaptă e grea – 6 ori. Eu sunt absolut calm – 1 dată. După prima săptămână senzaţiile de greutate se difuzează la ambele mâini, picioare, şi în sfârşit pe tot corpul.

Ex.II. *Obţinerea senzaţiei de căldură.* Corpul este greu 1–2 ori. Eu sunt absolut calm – 1 dată. Mâna dreaptă e caldă – 5 ori. Apoi mâinile, corpul.

Ex.III. *Obţinerea bătăilor regulate ale inimii.* Iniţial se obţin senzaţiile de greutate, căldură, calm. Ulterior se repetă în minte de 5–6 ori formula „Inima bate liniştit şi puternic".

Ex. IV. *Reglarea respiraţiei.* Repetarea primelor III. Apoi se repetă în minte de 5–6 ori formula – „Respiraţia este liniştită".

Ex. V. *Acţiune asupra organelor cavităţii abdomnale.*. Repetarea primelor IV. Apoi se repetă în minte de 5-6 ori formula- „Plexul este cald, degajă căldură".

Ex. VI. *Obţinea senzaţiilor de frunte răcoroasă.* Repetarea primelor V. Apoi se repetă în minte de 5–6 ori formula *„Fruntea este plăcut răcoroasă.*

Ciclul superior

Vizualizarea unor obiecte concrete şi abstracte, realizarea expresivă a unor dorinţe, perceperea unor răspunsuri din inconştient. O stare de nirvana.

Psihoterapia de grup

J. H. Pratt Boston, 1907. (Grupul pentru ameliorarea moralului bolnavilor de tubercoloză). Aceste modalităţi terapeutice au la bază concepţia că grupul modifică subiecţii, care îl alcătuiesc. Intre aceste persoane se stabilesc relaţii psihologice reciproce atât manifeste, cât şi latente. Forma cea măi cunoscută este psihodrama moreniană, iniţiată de Jacob L. Moreno, un român care a lucrat în Viena şi apoi a emigrat în SUA. Ea a fost elaborată în 1911 şi modificată în 1921 şi constă în jocul pe scenă al bolnavilor în decursul căruia îşi exteriorizeasă conflictualitatea, conţinutul inconştientului lor, prin mijloace verbale şi extraverbale (pantomimă), având un efect catarctic, de eliberare a tensiunui emoţionale, şi constituind un antrenament adaptativ la problemele vieţii reale. Moreno aşază subiectul într-o situaţie dramatică critică, neprevăzută, peutu a observa cum joacă spontan. Explorarea în grup permite comportamentului să iasă la iveală şi să fie evaluat de acest grup. Catarsis este eliberarea de starea sa de conflic-tualitate intimă şi de emoţii prin evidenţierea lor în jocul psiho-dramei). Grupurile pot fi mari (15>); mijlocii (7–14) şi mici (2–6) in afară de psihoterapeutic. Aşezarea participanţilor trebuie să se facă în cerc, recomandându-le ca relaţiile lor să se limiteze nu-mai la acelea din timpul şedinţelor. Gaipurile tind să se întâl-nească de una – două ori pe săptămână, de obicei timp de o oră şi jumătate. în funcţie de diagnostic, grupurile pot să fie omogene sau heterogene. Exemplele de grupuri omogene le includ pe acelea pentru pacienţii, care încearcă să îşi reducă greutatea sau să se lase de fumat, precum şi grupurile ai căror membri au aceeaşi problemă medicală sau psihiatrică (de ex., SIDA, tulburări prin uz de substanţe). După felul cum pot sau nu primi noi membri – închise sau deschise. Selecţia: – nu vor fi incluşi muţi bolnavi depresivi cu suicide; nu poate fi o singură femeie; singurul vârstnic sau un muncitor. Nu se include mai mult de un membru, întrucât cei cu statut similar se identifică uşor; se face examenul psihic, somatic.

Terapia comportamentală

Presupunerea de bază a acestei terapii este că un comportament maladaptativ se poate schimba fără înțelegerea (conștientizarea) cauzelor sale subiacente. Simptomele comportamentale sunt luate ca atare, și nu ca simptome ale unei probleme mai profunde. Terapia comportamentală se bazează pe principiile teoriei învățării, incluzând condiționarea operantă. Se consideră, că terapia comportamentală are cea mai mare eficiență în comportamentele maladaptative clar conturate (de ex., fobii, compulsiuni, alimentație excesivă, fumat, balbism și disfuncții sexuale).

Terapia cognitivă

Terapia cognitivă se bazează pe teoria, potrivit căreia comportamentul este secundar modului în care persoanele gândesc despre ele și despre rolurile lor în lume. Comportamentul este secundar unor gânduri fixate în minte, stereotipuri ce pot să conducă la distorsiuni cognitive și a comportamentelor rezultante, care își asigură propriul lor insucces. Terapia este pe termen scurt, cu o durată, în general, de 15–20 de sesiuni pe parcursul a 12 săptămâni. Pacienților li se aduc la cunoștință propriile lor cogniții distorsionale și premisele pe care se bazează acestea. Se dau teme pentru acasă: bolnavilor li se cere să consemneze în scris ceea ce gândesc în anumite situații stresante (cum ar fi „Nu sunt bun de nimic", sau „Nimănui nu-i pasă de mine") și să identifice presupunerile, adeseori relativ inconștiente, care alimentează cognițiile negative. Acest proces a fost numit „recunoașterea și corectarea gândurilor automate". Modelul cognitiv al depresiei include triada cognitivă, care este o descriere a distorsiunilor de gândire, și survin atunci, când cineva este depresiv. Triada cognitivă depresivă include: 1) o imagine de sine negativă, 2) interpretarea negativă a experiențelor prezente și trecute, și 3) expectația negativă față de viitor. Terapia cognitivă a fost aplicată cu cel mai mare succes în tratamentul depresiilor nepsihotice ușoare

până la moderate. De asemenea, a fost eficientă ca tratatament adjuvant la cei, care abuzează de substanțe și penru creșterea complianței la tratamentul medicamentos. Recent a fost folosită în tratamentul schizofreniei.

Psihoterapia nondirectivă (sau centrată pe pacient – psihoterapia Rogers)

Terapia abordează persoana în perspectiva creșterii și maturizării sale; potențialul de creștere și maturizare al unui individ se realizează într-o relație, care reprezintă o experiență a comunicării, a acceptării, a înțelegerii, o „relație de ajutor". Scopul acestei terapii este creșterea și maturizarea psihologică a individului. Nu există o durată prestabilită a terapiei. În cadrul relației terapeutice pacientul se acceptă pe sine. Terapia se concentrează pe „aici" și „acum și nu există o tehnică propriu-zisă de intervenție. Procesul terapeutic este un proces în 7 stadii (etape).

Indicații:

- Tulburări nevrotice.
- Tulburări de adaptare (socială, profesională).
- Dificultăți în procesul educativ.
- Dificultăți maritale, familiale.
- Stări de crize.
- Situații vitale, eșec la examen, nereușite sentimentale sau sexuale, conflicte diverse.

Terapia transacțională de grup (Eric Berne)

Această formă de psihoterapie urmărește creșterea înțelegerii pacientului asupra modului în care intră în legătură cu ceilalți oameni. Berne sugerează că relațiile între oameni au trei componente: reminiscențe ale unor relații timpurii cu părinții, urme ale comportamentului din copilărie și un nivel matur de interacționare.

Gestalt- terapia (F. Perls)

Aceasta este o metodă complexă, dar una dintre procedurile caracteristice este încurajarea fiecărui membru al grupului să personifice părţi ale minţii şi trupului său pentru a putea crea dialoguri între ele. Se speră că această metodă va conduce la îmbunătăţirea cunoaşterii de sine.

Aceste două forme de tratament se bazează pe teoriile lui Sigmund Freud asupra inconştientului dinamic şi conflictului psihologic. Scopul major al acestor forme de tratament este acela de a ajuta bolnavul să dezvolte înţelegerea (insight) în legătură cu conflictele inconştiente, care se bazează pe dorinţe din copilărie nerezolvate se manifestă ca simptome, şi să dezvolte paternuri mai adulte de interacţiune şi comportare.

Psihanaliza

Psihanaliza este forma de psihoterapie cea mai consumatoare de tip. Perioada de pregătire a viitorului analist este lungă, cuprinzând propria analiză, precum şi o perioadă de practică sub supervizia unui analist experimentat. Psihanaliza este un sistem psihologic teoretic şi terapeutic, vizând explicarea naturii umane sub aspectul ei esenţial – conflictul. Este o terapie de autoinvestigare şi autocunoaştere, urmând restructurarea profundă a personalităţii, precum şi o investigare liberă şi eficientă a resurselor proprii, un echilibru în relaţia individului cu sine şi cu lumea. Este cel mai intensiv şi riguros dintre aceste tipuri de psihoterapie. Pacientul este văzut de trei ori pe săptămână, în linii generale pentru un total de cel puţin câteva sute de ore, de-a lungul unui număr de ani. Pacientul stă culcat pe canapea, iar terapeutul stă mai înapoi, în afara câmpului vizual al bolnavului. Pacientul încearcă să spună liber şi fără să se cenzureze tot ceea ce-i trece prin minte, să asocieze liber, pentru a-şi urmări şirurile de gânduri cât mai profunde posibil, până la cele mai dintâi rădăcini ale lor. Psihanaliza necesită ca bolnavul să fie stabil,

bine motivat, verbal şi înclinat către psihologic. Pacientul trebuie, de asemenea, să fie capabil să tolereze stresul generat de analiză fără să regreseze sau să se tulbure prea mult, ori să devină prea impulsiv. În tehnica psihanalitică de bază, analistul încearcă să dezvăluie cât mai puţin posibil despre sine însuşi, încurajând pacientul să vorbească liber despre propriile sale gânduri şi sentimente (asociaţii libere). Aceasta este regula de bază a psihanalizei, care, împreună cu analiza viselor, permite accesul la procesele inconştiente. Analistul pune întrebări pentru a clarifica materialul, confruntă pacientul cu diversele contradicţii exprimate şi face interpretări. În rest, el rămâne relativ pasiv. Pe măsură ce relaţia continuă, pacientul începe să evite anumite subiecte, dezvoltând şi alte forme de rezistenţă la tratament (de ex., respingerea interpretărilor analistului). Deci, treptat, comportamentul şi exprimarea pacientului evidenţiază apariţia ideilor şi sentimentelor intense şi oarecum deformate despre analist. Această deformare provine din transferul asupra analistului al ideilor şi sentimentelor corelate cu experienţele din copilărie ale pacientului. *Freud* a denumit această relaţie cu termenul de transfer. În şedinţele de psihanaliză medicul este privit de pacient cu ochii cu care în copilărie îşi privea părinţii. Psihanalistul devine o „oglindă" pentru pacient. Acest transfer reprezintă o proiecţie asupra medicului a atitudinilor de afecţiune şi de ostilitate (ambivalenţă), pe care bolnavul le-ar fi avut înainte în relaţiile cu un părinte. Analizatul retrăieşte conflictele afective infantile şi le lichidează. În aceste conversaţii pacienţii iau cunoştinţă de sine, retrăiesc situaţiile infantile generatoare de nevroză şi ajung să se reintegreze. Transferul negativ desemnează sentimentul de ostilitate al pacientului faţă de terapeut; transferul pozitiv desemnează sentimente cum ar fi dependenţa, idealizări sau chiar sentimente erotice. Dacă transferul are o asemenea intensitate, încât pacientul îşi retrăieşte simptomele nevrotice în relaţie cu analistul, aceasta se numeşte nevroză de transfer. La început, interpretările sunt frecvent respinse de către pacient, uneori pentru că sunt lipsite de

acurateţe, dar şi pentru că schemele de gândire pot fi numai foarte încet schimbate, ele necesitând în mod repetat un proces de eliberare. Pe măsură ce interpretările sunt acceptate, se spune că pacientul începe să se înţeleagă pe sine. Pe măsură ce tratamentul progresează, sentimentele analistului faţă de pacient se schimbă parţial realist şi parţial ca reflectare deformată a propriilor experienţe anterioare (contrtransfer). Sub numele de contrtransfer se descria atitudinile negative ale medicului faţă de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenţei bolnavului asupra sentimentelor inconştiente ale medicului şi ar avea originea în identificările şi proiecţiile iraţionale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul "vede" în pacient pe altcineva, o persoană care a jucat un rol important în biografia sa afectivă. Acest contrtransfer are o acţiune defavorabilă actului terapeutic, psihanaliza recomandă ca orice medic să-şi facă lui însuşi, în primul rând o psihoterapie, în aşa fel, încât propriile sale probleme psihologice, ale inconştientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

Psihoterapia de orientare psihanalitică

Această formă de tratament foloseşte metodele şi conceptele de bază ale psihanalizei, dar pune un accent mult mai mic pe dezvoltarea şi analiza nevrozei de transfer. Tratamentul este mai scurt şi mai puţin intensiv, decât psihanaliza (şedinţele au loc de obicei o dată pe săptămână). Canapeaua nu este atât de des folosită, iar terapeutul are un rol mai activ. Pacienţii sunt văzuţi şezând pe scaun, cu faţa către terapeut. Scopul – rezoluţia conflictului psihologic inconştient – este similar cu acel al psihanalizei, dar se pune mai mult accentul pe chestiunile realităţii de zi cu zi şi mai puţin – pe dezvoltarea problemelor de transfer. Pacienţii potriviţi pentru psihanaliză sunt potriviţi şi pentru acest tip de psihoterapie, la fel ca şi bolnavii cu o gamă mai largă de probleme simptomatice şi caracterologice. Pentru această terapie sunt recomandaţi şi pacienţii cu tulburări de personalitate. La medic poate apărea

complexul paternalist. Însăşi structura psihologică a medicului, adică autoaprecierea despre rolul său dominator sunt circumstanţe psihologce pentru rolul de "tată". Doctorii, care au fost frustraţi de afecţiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, pot ajunge să caute satisfacţii de "valorizare" pe lângă pacienţii lor.

Metode de evaluare

1. Controlul preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecţiei practice.

2. Controlul curent – evaluarea scopului, obiectivelor, istoriei, accesibilităţii, indicaţiilor şi contraindicaţiilor psihoterapiei.

3. Controlul final – însuşirea clasificării, metodelor, caracteristicile hipnozei, trainingului autogen, psihoterapiei de grup, psihodramei moreniane, terapiei comportamentale, terapiei cognitive, psihoterapiei nondirective, terapiei tranzacţionale de grup, Gestalt- terapiei, psihoterapiei psihanalitice, psihanalizei.

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iaşi, 1992.
5. G. Ionescu. Psihoterapie. Bucureşti, 1990.
6. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală şi logopedie. Iaşi, 1988.
7. G. Ionescu. Psihologie clinică. Bucureşti, 1985.
8. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. Bucureşti, 1983.

TEMA: PSIHODIAGNOSTICUL

Scopul seminarului: însuşirea metodelor şi tehnicilor de psihodiagnostic.

Obiectivele operaţionale:

a) definiţia psihodiagnosticului, tehnicile sale;

b) observaţia, observaţia în cadrul examinării psihologice, anamneză;

c) planul de convorbire cu subiectul, simptomele în diferite etape ale vieţii.

Deprinderi practice:

Evaluarea testelor şi chestionarelor neverbale, proiective şi de inteligenţă cu prezentarea bolnavilor şi discuţie asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Psihodiagnosticul este un procedeu de analiză psihologică a unui caz şi include astfel de tehnici, cum sunt:

- observaţia;
- anamneză;
- convorbirile;
- .chestionarea;
- testele.

Observaţia:

- aspectul exterior al subiectului;
- aspectul fizic al subiectului (gras-slab);
- ţinuta;
- gesturile;
- mimica, expresia feţei şi a ochilor;
- aspectul general (obosit- odihnit);
- mersul;
- coordonarea mişcărilor;
- vorbirea;
- raporturile cu însoţitorul (docil, supus);

• orientarea în mediul înconjurător (în cabinet sau laborator) şi modul cum stabileşte singur contactul cu mediul ambiant

Observaţia în cadrul examinării psihologice:

• atitudinea subiectului în momentul începerii examinării (opoziţie, entuziasm);

• atitudinea subiectului în cursul examinării (spontan, pune întrebări, nerăbdător, interesat de probe, timid, anxios, distrat, perseverent);

• caracteristica răspunsurilor (rapide, lente, serioase, neglijente, impulsive);

• utilizarea metodelor încercărilor şi erorilor sau a unui plan anterior;

• activitatea motorie (agitat, pasiv, ticuri, mişcări parazite, tremurături);

• interesarea de rezultatele obţinute (spirit de competiţie, doreşte să facă mai bine, indiferenţi);

• expresia verbală (tulburări de vorbire).

Anamneză

1. Date biografice:
• vârsta, profesia.
• relaţiile cu părinţii (divorţul, adopţiunea).
• relaţiile cu familia.
• copilăria (carenţa afectivă, excesul de autoritate).

2. Antecedente eredocolaterale:
• prezenţa alcoolismului;
• suicid;
• afecţiuni psihice sau somatice ale unuia din părinţi (necesitând internare).

3. Antecedente patologice:
• afecţiuni somatice;
• psihoze afective cu un episod depresiv ignorat în tinereţe;
• alte afecţiuni psihice manifestate clinic (subclinic sau neobservate).

4. Istoricul bolii actuale:
- debut: brutal, exploziv, lent.

5. Manifestări în sfera comportamentului:
- relatări ale anturajului;
- tentative de suicid (reuşite, nereuşite);
- acte de violenţă, accidente.

Convorbirile

Planul de convorbire cu subiectul va include:

1. *Numele, prenumele, vârsta, studiile, starea civilă, profesiunea, locul de reşedinţă.*
2. *Simptomele.*
3. *Prima copilărie (până la intrarea în şcoală):*

- Care au fost relaţiile subiectului cu familia (separat cu mama, tata, fraţii, surorile, care este diferenţa de vârstă).
- Dacă subiectul îşi aminteşte întâmplări neplăcute (accidente, sperieturi, lovituri, căderi de la înălţime, atacuri de animale, certuri între părinţi).
- Descrierea situaţiei în familie (profesiunea părinţilor, copil natural sau adoptat, părinţi divorţaţi, fraţi vitregi).
- Comportarea: dacă a fost copil vioi sau liniştit; dacă îi place societatea de aceeaşi vârstă, a copiilor mai mici sau a oamenilor maturi; dacă visează urât noaptea; dacă se sperie uşor; dacă a fost cuprins în grădiniţă.
- Situaţia economică a familiei; dacă a trebuit să muncească înainte de intrarea în şcoală; dacă a suferit lipse materiale.

4. Vârsta şcolară.

- Cum s-a adaptat la specificul vieţii de şcoală; dacă a luat premii; dacă a învăţat bine, dacă înţelege uşor; dacă a avut randament şcolar în unii ani faţă de alţii; dacă a fost elev bun până la un punct şi apoi nu a putut face faţă şcolii.
- Dacă a avut condiţii materiale pentru a învăţa; dacă au fost conflicte pe parcurs cu părinţii, cu profesorii, cu colegii sau din motive sentimentale, dacă a suportat uşor criza pubertară.

5. *Viața profesională.*

- Dacă face meseria, profesia pentru care s-a pregătii; care sunt relațiile în mediul profesional; cum se înțelege cu șefii, cu colegii; ce planuri de viitor are; tot ce spune spontan în legătură cu profesiunea.

6. *Viața familială.*

- Cum se înțelege cu soțul (soția), cu părinții (socrii); cu copiii; dacă a avut traume psihice din cauza lor; vârsta soțului (soției).

Testele și chestionarele

- Neverbale (hârtie-creion).
- Proiective.

Testele neverbale cuprind un material, în care răspunsul nu trebuie să se dea verbal, ele favorizează subiecții care au handicap de vorbire sau pentru cei mai puțin dezvoltați. Testele hârtie-creion sunt teste, în care tema și răspunsul sunt prezentate prin intermediul scrisului. Sunt aplicate individual și colectiv. Deoarece sunt scrise și aplicate mai ales colectiv, ele limitează rolul observație, iar subiectul este detensionat.

Testele proiective sunt teste (planșe) stimul, cu aplicație individuală, răspunsul se transmite pe cale orală (prin relatări). Testele se referă la ordonarea și clasificarea de obiecte fie după culoare, volum, greutate, formă, la asocierea de cuvinte, la căutarea de rime, de cuvinte ascunse, la descifrarea de coduri de cifre, coduri cu figuri geometrice sau cu imagini de obiecte, la definirea de noțiuni și concepte, la căutarea unei fraze din propoziții, la găsirea a esențialului într-o imagine, povestire etc. Ele au în atenție uneori sesizarea de absurdități în fapte, imagini, afirmații, efectuarea mentală a unei operații aritmetice, efectuarea de asociații verbale libere sau dirijate, reproducerea de teste, bararea de imagini, cifre, litere, interpretarea unor aforisme, proverbe, aflarea de similitudini conceptuale, rezolvarea unor probleme, asamblaj, montaj.

Testul proiectiv de personalitate RORSHACH conține 10 planșe (cinci alb – negru, două alb-negru-roșu și trei divers coloare). Semnificația analitică a planșelor (1–angoasa pierderii obiectului;

2–scena primitivă, cuplul original; 3–situaţia oedipiană; 4–supreaul patern; 5–imaginea mamei falice; 6–bisexualitatea; 7–separarea de partenerul maten; 8–mediul exterior străin de familie; 9–pulsiunea morţii şi 10–agnoase de îmbucătăţire, distrugerea ansamblului) (cu păstrarea disponibilităţilor reintegrării şi reglării).

În afară de semnificaţia analitică, planşele mai conţin semnificaţii (1- autoritate feminină matriarhală; 2 – ideea naşterii, continuitatea vieţii, elemente bisexuale, separarea originară om – animal; 3- complexele personale, psihismul individual profund; 4 – principul masculin, puterea, virilitatea; 5–psihismul personal primar, imaginea de sine; 6–funcţionarea principiului masculin (investirea energiei masculine; 7–arhetipul feminitaţii, energia şi funcţionarea principiului feminin; 8–disponibilităţile adaptative ale subiectului, natura lor, lumea exterioară, mediul familial, străin; 9–transpersonalul şi 10-arhitipul sursă/inconştientul.

Prelucrarea statistică a testului proiectiv mai ermite detaşarea a patru tipuri de rezonanţă intimă: cuartaţi, extratensivi, inratensivi, ambii-egalii.

Testul proiectiv de personalitate SZONDY constă în alegerea afectivă (simpatic-antipatic) a unor fotografii reprezetând figuri umane. Proba are la bază concepţia că în alegerea prin simpatie şi respingere sunt alegeri umane în destin: alegerea de iubire, de profesie, de amiciţie, alegerea în boală sau în moarte (toate fiind considerate trebuinţe pulsionale).

Metoda investighează: aspiraţiile pulsionale inconştiente ale individului, poziţia EU-lui faţă de pericolul pulsional, dialectica EU-lui şi celorlate pulsiuni. Analiza destinului prin testul SZONDY distinge: aspiraţii sau tendinţe pulsionale, trebuinţe sau factori pulsionali, pulsiuni sau vectori pulsionali. Se mai pot detaşa 4 grupe autonome ale maladiilor mentale (schizofren, circular, proximal şi ereditar al bolilor de natură sexuală). Fiecărui grup îi corespund 4 vectori pulsionali: pulsiunea sexualităţii, proximalităţii, EU-lui şi a contactului. Aceşti factori pulsionali generează, în manifestarea lor, patru tendinţe: spre căutare de noi achiziţii, de

aderență la obiect, de acroşaj față de obiectul vechi şi de separare şi detaşare de obiect.

Semnificația psihologică a celor 8 factori (trebuințe) pulsionali evidențiate prin testul proiectiv SZONDY: pasivitate, activism, acumulare afectivă, autovalorizare, cuartarea EU-lui, delatarea EU-lui, achiziția obiectuală şi ataşament acroşaj față de obiectele vechi.

Testul LUSCHER constă în alegerea, în ordinea preferințelor, unui număr de planşe colorate, de culori diferite (varianta cea mai uzuală este cu culori). Subiectul alege ori respinge cartonaşele colorate. Această atitudine de atragere sau respingere este legată de structuri latente de personalitate. Prin acest model, testul furnizează informații privind structura personalității, zona de tensiune, caracteristici rejectate sau suprimate, prognosticul actualelor perturbări, prognosticul adaptiv-profesional, predispoziții la afecțiuni psihosomatice. Proba (culorilor) are mare zonă de aplicabilitate: de la clinica de boli interne, în procesul formativ şcolar până la integrarea şcolară.

În clinica psihiatrică testul LUSCHER oferă informații pertinente din sfera anxietății, depresiei ori asteniei. De asemenea, tulburările de personalitate pot fi anticipate prin aplicarea, cu grad de sinceritate, a testului culorilor.

Chestionarul BECK are utilizare în clinica depresiei în evaluarea tipului şi conținutului psiho-genetic şi psihopatologic al depresiei: dispoziția de fond, anumite sentimente bine circumscrise (de ratare, vinovăție, autoacuzare, lipsa de satisfacție etc.), tulburări hipnice, ale libidoului şi apetitului, fatigabilitate, iritabilitate, anestezie generală, conduită socială, activitate util-productivă.

Scala HAMILTON este considerată unul dintre cele mai utilizate instrumente, din clinica depresiilor. Scala încorporează 17 itemi (în faza inițială) şi 21 itemi (în faza îmbunătățită), cu 3 sau 5 trepte. Acest instrument excelent detaşează următoarele aspecte: despărțirea depresivă, sentimentul de vinovăție, idei sau

tentative autolitice, tipuri de insomnii, echivalente somatice ale anxietății, simptome gastrointestinale,simptome geniatle, idei hipocondriace, scăderea în greutate, indicatorul individual de adaptabilitate.

Scorul obținut prin completarea scalei permite examinatorului calcularea unui indice global de depresie, care poate oferi informații utile, atât pentru aspectele cantitative ale depresiei (gravitatea depresiei), cât și cele adaptative.

Testul de frustrare ROSENZWEIG conține 24 de situații reprezentând cele mai cunoscute experiențe frustrante din viața curentă a omului. Pentru fiecare situație subiectul trebuie să răspundă cu primul lucru, care-i vine în minte, în locul persoanei, care trebuie să reacționeze.

Reacțiile de frustrare se înscriu în trei categorii:

– după tipul de soluționare a situației (dominația obstacolului, apărarea EU-lui și persistența trebuinței);

– după direcția agresiunii (reacții extrapunitive, intrapunitive și impunitive).

Inventar multifazic de personalitate MINESOTIA (MMPI) cuprinde, în forma clasică și originală–550 de afirmații, scrise pe câte un cartonaș fiecare. Subiectul trebuie să citească și să le categorisească în trei clase: adevărat, fals, nu știu. Acest inventar are 9 scale clinice de evaluare: hipocondrie, depresie, isterie, deviație psihosomatică, masculinitate-feminitate, paranoia, psihastenie, schizofrenie, mânie. În plus, chestionarul MMPI mai adaugă încă trei scale, care apreciază: atitudinea fașă de test, atitudinea fașă de sine și introversiunea socială.

Matricele Progresive RAVEN permit măsurarea factorului G și a factorului de grup perceptiv. Este cunoscut sub trei variante: colorate pentru copii, variantele A, B, C, D, E pentru elevi până la terminarea liceului și varianta pentru studenți și cadre de conducere. Într-un dreptunghi lipsește o porțiune, o figură. Dedesubtul dreptunghiului sânt o serie de 6 ori 9 figuri, asemănătoare ca mărime și formă, dar numai unul din astea se potrivește, care prin întocuire cu

fața albă ar face figura inițială, așa cum a fost ea concepută.

În rezolvarea problemelor Raven pune pe subiect în situația de a găsi o soluție. Subiectul poate găsi 5 variante de răspunsuri, dar numai unul este corect:

- răspunsuri corecte;
- răspunsuri corecte, dar incomplete;
- răspunsuri bizare;
- răspunsuri greșite;
- răspunsuri prin repetare.

Prin Matricele Progresive Raven, psihologul poate aprecia coeficientul de inteligență (Q.I.).

Chestionarul de personalitate SCHMIFSCHEK face parte din grupa tehnicilor proiective tematice, cu 22 de planșe reprezentând imagini mai mult sau mai puțin structurate (baie, stradă, dormitor, sufragerie, nori, planșa albă etc) și 67 de figuri umane (bărbați, copii, femei) sau animale (câine etc.), confecționate din carton, cu care subiectului i se cere să întocmească un tablou și să realizeze o povestioară legată de acestea.

Proba psihologică permite examinatorului aprecieri referitoare la adaptarea socială a individului ca și la modul în care acesta se autoapreciază. Testul este util în diagnosticarea structurilor nevrotice de personalitate și, uneori, a psihozelor (uneori a dat rezultate satisfăcătoare pentru schizofreni și pacienți cu potențial suicidar).

Metode de control

1. Controlul preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.

2. Controlul curent – evaluarea psihodiagnosticului, tehnicilor sale.

3. Controlul final – însușirea observației, observației în cadrul examinării

Psihologice, anamnezei, planului de convorbire cu subiectul, simptomelor în diferite etape ale vieții.

Durata seminarului e de 6 ore.

Literatura

1. Stelian Rândaşu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. Bucureşti, 1995.
3. N. Oprea, M. Revenco, N. Cosmovici, V. Paraschiv, V. Chiriţa. Psihologie generală şi medicală. Chişinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iaşi, 1992.
5. G. Ionescu. Psihologie clinică. Bucureşti, 1985.
6. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. Bucureşti, 1983.
7. M. Roşca. Metode de psihodiagnostic. Edit. Ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti , 1972.

CUPRINS

Introducere.. 3
Tema: Psihologia medicală – scopul, obiectivele, istoria. Psihologia medicală a vârstelor.................................. 4
Tema: Sănătatea, esenţa sănătăţii mentale. Boala şi reacţia psihologică. Problemele psihologice ale bolnavilor cu diferite afecţiuni.. 12
Tema: Relaţia medic-pacient.................................. 22
Tema: Aspecte psihologice ale suicidelor. Moartea şi doliul – probleme ale psihologiei medicale. Corelaţii psihologice în cancer.. 34
Tema: Psihoterapia – scop, obiective, istoria acestei discipliniе.. 42
Tema: Psihodiagnosticul.. 54